

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU
DIABETES NA UBS ELIANA FEIJÓ, COARI/AM**

SANTA MAYRA PEREZ PENALVER

Pelotas, 2016

SANTA MAYRA PEREZ PENALVER

**MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU
DIABETES NA UBS ELIANA FEIJÓ, COARI/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família EaD da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P397m Peñalver, Santa Mayra Pérez

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Eliana Feijó, Coari/AM / Santa Mayra Pérez Peñalver; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais, irmã, meu filho e a toda minha família que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A meu filho e esposo.

As professoras Maria Fernanda e Cristina, pela orientação, apoio e confiança.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	66
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	66
Figura 3	Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	67
Figura 4	Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	67
Figura 5	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	68
Figura 6	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	68
Figura 7	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	69
Figura 8	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	70
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	70
Figura 10	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	71
Figura 11	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	72
Figura 12	Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	73
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	73
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	74
Figura 16	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	74
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	75
Figura 18	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	75
Figura 19	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	76
Figura 20	Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	77
Figura 21	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	78

Figura 22	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	78
Figura 23	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	79
Figura 24	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	79
Figura 25	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.	80
Figura 26	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Eliana Feijó em Coari/AM	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística	57
2.3.4 Cronograma	62
3 Relatório da Intervenção	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	67
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	68
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	68
4 Avaliação da intervenção	69
4.1 Resultados	69
4.2 Discussão	85
4.3 Relatório da intervenção para gestores	87
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	89
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	91
6 Referências	92
Anexos	93

Resumo

PEREZ, Santa Mayra Penalver. **Melhoria da Atenção às Pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Eliana Feijó, Coari/AM.** 2016. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo que não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Eliana Feijó em Coari/AM. Foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastradas 163 (21,9%) pessoas que possuíam hipertensão e 63 (34,4%) que tinham diabetes, todos estes receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal. Também destacamos que 153 (93,9%) hipertensos e 52 (82,5%) diabéticos realizaram seus exames complementares, 162 (99,4%) hipertensos e 59 (93,7%) diabéticos tiveram estratificação de risco cardiovascular e 160 (98,2%) hipertensos e 61 (96,8%) diabéticos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Nossa intervenção permitiu aumentar a qualidade da atenção dada a estes usuários, prestando um atendimento integral aos mesmos, também trouxe integração da equipe de saúde e uma maior aproximação da comunidade com a unidade básica de saúde.

Palavras-Chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na UBS Eliana Feijó em Coari no estado do Amazonas.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho em Coari, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) chamada Eliana Feijó que fica a beira do Rio Urucu com aproximadamente 4885 pessoas, possui duas equipes de saúde.

Estruturalmente tem uma recepção, arquivo, sala de espera, sala curativo, farmácia, um consultório médico consultório odontológico, consultório enfermagem, sala de agentes de saúde, coleta exames, cozinha, sala de triagem, dois banheiros, sala de vacinação.

As equipes básicas estão formadas por dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) atualmente, dois auxiliares farmácia, dois cirurgiões-dentistas, quatro recepcionistas, uma vacinadora, uma auxiliar de odontologia, três auxiliares de serviços gerais.

A população total é de aproximadamente de 4.885 mil pessoas e 945 famílias, 138 hipertensos (HAS), 46 diabéticos (DM), 33 grávidas, todos com cadastrados com controle sistemáticos. Fazemos atividades educativas nas consultas e nas visitas domiciliar (VD).

Nossa planificação semanal consta de: duas tardes de especialização, um dia para hiperdia, outro dia para pré-natal, uma manhã de VD, isso a organizativamente para um maior controle colocamos na prática a demanda livre todos os dias dependendo do fluxo de usuários no dia a dia. As visitas domiciliares são realizadas e programadas principalmente para os idosos acamados, usuários faltosos, menores de um ano usuários com câncer, pós operatórios e algumas emergências.

Em relação a disponibilidades de recursos humanos, temos a falta de uma enfermeira e quatro ACS, e também melhorar a disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde neste momento para facilitar a processo de trabalho. Contamos

com uma policlínica com algumas especialidades como oftalmologia, ginecologia, ultrassonografia, eletrocardiograma além de um hospital que tem serviços de pediatria, ginecologia, cirurgia, ortopedia e medicina interna onde podemos encaminhar os casos, além disso, contamos com laboratório clínico, e uma clínica de medicina Tropical.

No momento acontece que apresentamos diversos problemas como à escassez de disponibilidade de medicamentos, nosso laboratório não tem reativos para fazer exames, ocorrendo à necessidade de comprar medicamentos e fazer exames em laboratórios em clínicas particulares.

Nosso grande problema esta em poder trabalhar mais no campo preventivo o que ajudaria a melhorar a situação da saúde em nosso território.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nosso município Coari, se encontra no interior do estado Amazonas, região norte do País, localizado no Rio Solimões entre o Lago de Ma-mia e o Lago de Coari, e tem sua história ligada aos índios. Em dois de dezembro de 1974 foi elevada a Villa Coari e em dois de agosto de 1932 elevada a categoria de município. Suas limítrofes, oeste com Tefé e Maraa, norte com Codajás, Leste com Codajás e Ano Ri, Sul com Tapauá.

Na área territorial do município, localiza-se a plataforma da Petrobras de Urucu, onde se extrai petróleo e gás. Próximo à cidade esta instalado o Terminal Aquiviário da Transpetro, que recebe através de dois ductos, o gás e o petróleo que são levados por navios para Manaus e outras regiões do Nordeste. A economia como setor primário tem agricultura: cultiva mandioca, feijão, coentro, pepino, banana, limão, etc., também a pecuária com o criatório do Mestiço (tipo de gado da região), avicultura tem um lugar em a criação de galinhas e perus, a madeira, o cacau, a castanha-do-pará, também tem uma participação no comércio e serviços.

Coari vem apresentado problemas políticos, e já passou por diferentes períodos. Neste momento a população totaliza de 82.209 mil habitantes. Conta com 14 UBS com Equipe Saúde Família (ESF), existindo três equipes de Núcleos de Apoio a Saúde (NASF) que atende a totalidade de população, não contamos com Centro Especialidade Odontológico (CEO), também temos um grupo de especialistas, na policlínica possui os seguintes serviço: endocrinologia, clínico, pediatra, oftalmologista, ginecologista, neurologista e otorrino. Contamos com um

hospital geral, oferece os seguintes serviços: ginecologia, neonatologia, ortopedia, cirurgia, pediatria e clínico geral.

Contamos com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para os casos que precisem, também existe o Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) onde é feito atendimento psicólogo e psiquiatra, onde são avaliados os usuários que precisam destas especialidades. Em relação aos exames complementares neste momento contamos com reativos suficientes no laboratório popular, e no hospital, coisa que não acontecia meses antes, isso mesmo sucede com a mamografia, que se incorporou ao nosso serviço de RX, ultrassonografia. Também temos um serviço de Medicina Tropical, onde avaliamos as diferentes doenças como Tuberculose, Hanseníase, etc.

Nossa UBS é urbana e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde um simples atendimento ambulatorial até a inter-relação com as diferentes especialidades, garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população, possuímos vínculo com instituições de ensino superior e também com as escolas e creches da nossa região, sendo um modelo ESF, com duas equipes de saúde, que deveriam estar constituídas por cinco ACS cada uma, coisa que não se cumpre, somente existem seis; ou seja, quatro na Equipe 1 e dois na Equipe 034, e também possuímos uma mesma auxiliar de saúde bucal para as duas equipes, neste momento não contamos com técnico de enfermagem, as duas equipes contam com um odontólogo, um médico geral, e um técnico de farmácia, para cada uma delas.

A UBS Eliana Feijó do município de Coari estruturalmente tem uma recepção, arquivo, sala de espera, sala curativa, farmácia, consultório médico (somente um), consultório odontológico, consultório enfermagem, sala de agentes de saúde, coleta de exames, sala de triagem, dois banheiros, sala de vacinação. Em quanto à estrutura o mais preocupante entre outras coisas, é contar com um consultório médico, tem um médico que atende na sala de procedimentos, o que atrasa o serviço de enfermagem, que necessita aguardar até terminar a consulta médica, outro problema é que não existe neste momento técnica de enfermagem, no início da especialização havia uma e agora não tem nenhuma, não existe uma sala de reuniões para atender a comunidade. Nossa unidade está passando por algumas reformas sendo que agora já temos dois banheiros funcionando e as salas estão todas pintadas. No entanto continuamos somente com um consultório médico, a

Secretaria de Saúde disse que as reformas necessárias serão posteriormente realizadas, sendo que a intervenção nos problemas estruturais não estão em nossas mãos e estes problemas já são de conhecimento da secretaria de saúde.

Nossa equipe tem uma boa integração no trabalho, nos reunimos semanalmente para programar as atividades em conjunto, discutimos os casos mais preocupantes, fazemos visita domiciliar principalmente aos recém-nascidos, puérperas, grávidas, acamados e a população que precise, sendo realizadas duas vezes por semana. Também realizamos três vezes por semana de atividades juntamente com o fisioterapeuta que realiza atividades de educação em saúde e grupos de atividade física com os idosos, hipertensos, diabéticos, e população em geral.

Temos algumas limitações com os equipamentos, pois não temos balança digital, balança de criança, oftalmoscópio, otoscópio o que dificulta as consultas na unidade e as visitas domiciliares, temos problemas com a disponibilidade de medicamentos, principalmente para hipertensos e diabéticos, que precisam dos medicamentos todos os meses, e muitas vezes não contamos com eles, o mesmo ocorre com as fitas para realizar glicemias os controles.

Quanto a tudo que foi exposto anteriormente já solicitamos a SMS e pouco a pouco estamos tendo retorno. Possuímos consulta de hiperdia um dia na semana e para pré-natal, como programação, pois na prática atendemos a todos os usuários na demanda do dia a dia. Outra coisa que devemos resolver é sobre o atendimento de saúde bucal que neste momento não esta de acordo com as normas do MS, pois não temos material para trabalhar e os usuários que precisam deste serviço tem que procurar um consultório particular e o custou é muito elevado.

Atualmente o novo gestor, já proporcionou algumas melhorias como: consultas com especialidades como neurologia, otorrino, endocrinologia, etc. que não contávamos anteriormente, e funcionamento do laboratório com reativos suficientes.

Achamos que com esta nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), muitas dificuldades serão sanadas, os vários problemas que ainda afrontamos, se resolverão, como estruturalmente a construção de um consultório médico, já que o banheiro foi reparado. Outra coisa que esta afetando nosso trabalho é não contar com técnico de enfermagem o que provoca deficiência para o

atendimento em maior quantidade, nos curativos e na atenção as visitas domiciliares.

Nossa UBS tem uma população de 4885 usuários deles, 2553 são mulheres e 2332 são homens, predominando ele sexo feminino, a estrutura da equipe está adequada ao tamanho da área adstrita que atendemos.

Não existe dificuldade com a demanda espontânea, trabalhamos com dois médicos e não existe excesso de demanda espontânea, fazemos os atendimentos agendados e as consultas dia a dia, todos os dias, dando prioridade aos casos que o requerem, a recepção acolhe a todos os usuários, orientando-os e encaminhando-os quando necessário.

Não cumprimos um protocolo em relação à saúde da criança em idade de 0 a 72 meses. A cobertura de puericultura em nossa UBS é baixa, no caso das consultas de puericulturas nos primeiros sete dias de vida, de 71 crianças que têm somente 31 (44%) têm puericultura nos primeiros sete dias, existem alguns elementos que conspiram com a captação precoce, exemplo a falta de a totalidade dos ACS em todas as áreas. Também existe o fato de algumas puérperas não ficarem em casa nos primeiros dias de pós-parto, pois vão para a casa de algum familiar e também em alguns casos as mães pensam que se uma criança não tem sintoma não tem que ir a consulta.

Temos 100% das crianças vacinadas sendo que aqui ocupa um papel importante os ACS e os profissionais de enfermagem que tem um controle rigoroso com a data específica do retorno das crianças, depois que discutir este tema concluímos de programar um dia para puericultura, pode sensibilizar a população que existe um dia para elas e assim estimular que se faça a revisão de rotina mensalmente, atentando para sua evolução com sucesso.

Não contamos com registros do planejamento e monitoração das consultas, as VD acontecem com mais periodicidade no primeiro ano de vida, e que a manteremos por mais tempo naquelas crianças que possuem alguma patologia, as atividades educativas neste grupo de idade ocorre principalmente nas consultas, assim como nas VD conjuntamente com a equipe de saúde. E quanto ao teste de pezinho é uma deficiência nossa já que somente marcamos no prontuário sem colocar o resultado e não temos a data, acredito que podemos fazer em nossa UBS um melhor controle como fazemos com a vacina. O odontólogo não tem como planejamento avaliação bucal das crianças que não apresentam sintomas clínicos.

Nas consultas, VD e palestras, orientamos sobre aleitamento materno exclusivo até seis meses e sobre a prevenção de acidentes em geral. Pelo que foi apontado anteriormente se evidencia que existem dificuldades na atenção das crianças segundo o protocolo, dessa forma nos sentimos responsabilizados por isso e estamos trabalhando para reverter os indicadores.

Em nossa UBS temos 40 (100%) grávidas e todas fazem controle de pré-natal, delas somente 16 fizeram captação antes de 12 semanas (40%), em quanto à captação antes das 12 semanas aconteceu mais nas primigestas, excluindo as adolescentes que em algumas ocasiões são tardias, o que nos compromete a trabalhar na educação da população, aumentando a busca ativa pelos ACS, para uma captação a tempo realizar do teste rápido de gravidez em nosso serviço para ajudar a um diagnóstico mais rápido e poder fazer a captação de imediato.

Para toda a gestante é indicado na sua primeira consulta exames, ácido fólico, sulfatos ferrosos, vacina e consulta com odontólogo em nossa UBS não se realiza exame ginecológico.

Em relação à cobertura de puerpério existem 72 puérperas em todo ano e foram captadas 61 (84%) as quais recebem orientações sobre como tratar o recém-nascido, aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, planejamento familiar, exame de mama e abdômen, também recebem estas orientações nos domicílios, e também são orientadas para ir nas consultas na UBS pra fazer um melhor exame para evitar possíveis complicações puerperais que são de grande importância. Não contamos com um registro específico. Fazemos palestras com as gestantes uma vez por mês, onde a fisioterapeuta auxilia nas atividades físicas para facilitar um melhor parto, também sempre solicitamos o acompanhamento de algum familiar de preferencia o esposo, tudo isso com o objetivo de promover um melhor bem-estar a mãe e ao bebe.

A HAS e DM são motivo de atendimento em todo nível, nas consultas clínicas, VD, procedimentos e urgências. A população estimada para a Hipertensão Arterial é de 857 pessoas, mas possuímos 153 cadastrados, totalizando 18%, o que podemos considerar uma cobertura muito baixa, o que demonstra que ainda temos que fazer pesquisa da nossa população, pois consideramos que muitos estão sem controle, sendo assim em reunião acordamos por começar a fazer VD com uma pesquisa ativa dos casos.

Também sabem que muitos usuários acreditam que estão curados da hipertensão por não apresentarem mais sintomas sendo assim não tomam mais seus remédios, nem assistem a unidade de saúde outros acham que precisam tomar a medicação apenas quando a pressão está elevada dessa forma fica claro que devemos aumentar nosso trabalho educativo.

Fazemos estratificação de risco cardiovascular aos usuários mediante os antecedentes, sendo assim precisamos de exames complementares o que se nos dificulta, pois estes são demorados e às vezes falta de reativos e exame oftalmológico já que não contamos com aparelho em nossa UBS, e o serviço de oftalmologia apresenta muita demanda e as consultas não são todos os dias do mês, somente a cada quinze dias a mês. Nas consultas realizamos exame físico em todos os usuários.

As orientações nutricionais para uma alimentação saudável se cumprem em 100% estas atividades se fazem em consulta, visitas domiciliares, palestras, reunião, de grupos em atividades educativas. Avaliação de saúde bucal neste momento esta passando por dificuldades, devido a falta de material, o que dificulta o atendimento.

A DM igual à hipertensão possui seu cadastro baixo, são estimados 248, e temos cadastrados 56 totalizando 23%, sendo que 100% está com a realização de estratificação de risco, temos problemas na realização de fundo de olho nas consultas como o anteriormente explicamos, estamos apresentando dificuldades na realização das glicemias que fazemos no dia da consulta, já que faltam as fitas, todos são orientados a sobre as práticas de atividade física a qual se executa nestes momentos com apoio dos educadores físicos três dias da semana tanto para hipertensos como par diabéticos, temos serviço de nutricionista em nosso município, onde são avaliados todos os usuários, assim como os hipertensos e diabéticos, nesta nova gestão, já temos endocrinologista, que esta avaliando a todos os usuários, a dificuldade com a saúde bucal se repete. Todo o anterior exposto nos incentiva há fazer cada dia um maior trabalho junto à equipe de saúde.

Em nossa UBS estima-se que tenhamos 1270 mulheres na faixa etária entre 25-64 anos, sendo que existem problemas com o controle do Câncer de Colo de Útero devido a não contar com um bom registro dos preventivos da totalidade de as mulheres de risco, só existindo um livro com as mulheres que realizam o exame e seu resultado quando chega, não contempla a totalidade das mulheres, algumas fazem o exame duas vezes ao ano e muitas destas ainda são adolescentes, várias

alterações são encontradas onde então necessita fazer um melhor controle que nos possibilitará o seguimento destas usuárias adequadamente. Dessa forma não conseguimos estimar quantas estão cadastradas na unidade.

Sabemos que temos oito exames alterados, com avaliação de risco para câncer de útero. Os principais problemas encontrados são a não existência de um registro, onde este representado todas as mulheres na faixa etária e com data e resultado de exames anteriores e data de retorno, ainda apresenta o inconveniente de que os resultados demoram muito, por esse motivo as mulheres vão para as clínicas privadas a fazem o exame mais rápido e depois não retornam para a UBS. Sendo assim devemos aumentar as VD, fazer acompanhamento das consultas especializadas, ter um melhor controle mediante um prontuário específico para esta finalidade, que consolide todos os dados necessários, o que pretendemos logo, para identificar as mulheres que necessitam serem acessadas.

Em quanto ao Controle do Câncer de Mama estima-se que tenhamos 208 mulheres de 50 a 69 anos sendo que 100% tem as mamas examinadas. Em nosso município solicitamos para fazer mamografia, mas nem todas conseguem, no momento contamos com 208 (100%) com exame clínico, 22 (10%) com alguma alteração no exame de mama, todas foram encaminhadas a consulta de ginecologia e mamografia realizada, nenhuma com câncer de mama até o momento. Todas as mulheres estão orientadas sobre prevenção e auto-exame de mama. Todo o trabalho é desenvolvido em conjunto com a equipe.

Na atenção aos idosos em nossa UBS temos 248 (84%) com um estimado de 295, não contamos com caderneta de saúde e nem com adoção de protocolo para a atenção a estes usuários sendo estes elementos fundamentais, também não realizamos avaliação multidimensional rápida. Dos idosos 79 (32%) são hipertensos e 20 (3%) diabéticos, seguidos respectivamente em consultas e VD, fazemos avaliação de risco para morbimortalidade a 100% dos idosos. Todos estão orientados quanto a nutrição e atividades físicas, esta última com uma participação efetiva do educador físico e fisioterapeuta que fazem diversas atividades em nossa unidade. Em nossa UBS não existe um planejamento para a atenção aos idosos sendo que o atendimento é feito pela demanda espontânea. Sabemos a importância de este programa e vamos a melhorar ele trabalho de agora em diante com todas as ferramentas e trabalho conjunto de todo ele equipe.

Concluindo nosso trabalho, consideramos que nos permitiu valorizar a problemática de nossa UBS e temos um grande desafio em melhorar atenção, para isso precisamos ter mais ACS e a técnica de enfermagem, também precisamos estabelecer novas rotinas de consulta médica, em quanto à saúde bucal precisamos nos abastecer em relação aos materiais. Quanto a melhorar atenção ao idoso primeiramente solicitar suas cadernetas, já os hipertensos e diabéticos aumentar a cobertura, melhorar a atenção às crianças de 0 a 72 meses e melhorar o registro para o Ca de colo de útero.

Junto com nossa equipe vamos continuar trabalhado, e estamos vendo os resultados do trabalho que não existia antes da dos questionários e cadernos de ações programáticas, que nos servem como ferramentas para melhorar cada dia mais nosso trabalho e dar um melhor atendimento a população que é nosso principal objetivo.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto inicial com este relatório elaborado agora, percebo diferente das primeiras semanas de ambientação, pois ao longo das semanas, pude observar mais a fundo tanto os pros quanto os contras do dia a dia de atendimento. De fato, a realização da Análise Situacional foi de grande serventia para mim e a toda a equipe, permitindo a identificação dos principais problemas existentes na unidade, especialmente em relação ao registro de informações.

Realmente posso dizer que as atividades dessa unidade permitiram fazer uma análise, mais profunda da nossa UBS, analisando cada um dos aspectos de trabalho, conhecendo nossas ferramentas pra trabalhar. Também penso que o relatório inicial não teve a profundidade que proporcionou o novo relatório que trabalha todos os aspectos em quanto à estrutura, engajamento público, integração, comunidade, unidade de saúde com uma análise, mais organizada. Percebo que tudo tem uma função para atingir um objetivo final que é melhorar cada atenção a população e assim melhorar nossos indicadores de saúde.

Consideramos que o curso vem sendo muito útil, pois está permitindo identificar os problemas de nossa unidade de saúde e realizar um olhar integral a nossa população. Temos muitos desafios como melhorar atenção ao usuário idoso e ampliar a cobertura dos casos de hipertensão e diabetes, além da

utilização arquivos que permitam um melhor monitoramento das nossas atividades. Para isto temos uma equipe que tem vontade de trabalhar que é o nosso objetivo, muitos dos resultados do nosso trabalho já se pode observar no CAP, mas também nossos indicadores mostram onde estão nossas fraquezas e a partir disso traçamos metas e ações para melhorar cada dia mais.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM representam dois dos principais fatores de riscos, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos de idade. Cerca de 85% dos usuários hipertensos correm o risco de apresentarem acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Estas doenças levam, com frequência, a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade (BRASIL, 2012).

Nossa (UBS) chama-se Eliana Feijó e possui aproximadamente 4885 pessoas na área de abrangência e possui duas equipes de saúde. Os usuários com HAS são estimados segundo o Caderno de Ações Programáticas em 734 pessoas e temos 153 (20%) cadastrados, uma cobertura muito baixa, assim como DM, são estimados 183 pessoas e temos cadastrados 56 (30%) usuários um número também, muito baixo. Fazemos um seguimento a todos os usuários, em consulta todas as quintas-feiras, visitas domiciliares, palestras, atividades físicas, onde nosso principal objetivo é melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Neste momento estamos apresentando sérios problemas já que os ACS por motivo da falta de funcionários têm que cobrir todas as atividades dos funcionários que estão em falta na unidade como: recepcionista, farmácia, e ainda sua função como ACS o que está afetando as atividades dos mesmos e levando a uma sobrecarga no serviço, pois temos que assumir responsabilidades que seriam de outros profissionais.

Em vista do anteriormente exposto, nos decidimos a escolha destes temas para programar ações básicas, e controle de risco destas. Com este trabalho nos proporemos fazer uma busca ativa na população com estas doenças, como detectar os fatores de risco, como obesidade, sedentarismo, colesterol elevado, entre outros, que incidem em sua modificação. Também pretendemos dar ênfase as ações educativas afim de, elevar o nível de conhecimento da população, para conseguir um maior controle e prevenção delas complicações, dando as ferramentas que permita aos mesmos, reconhecer a aparição de compensações e complicações.

Dessa forma pretendemos contribuir para a melhora das condições de vida dos usuários da unidade.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Eliana Feijó, Coari/AM.

Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta. 1.2 Cadastrar 60% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Metas 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Metas 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Metas 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Metas 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Metas 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Metas 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Metas 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Metas 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Metas 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Metas 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Metas 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Metas 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Metas 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Metas 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Metas 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido, no período de 12 semanas, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Eliana Feijó, em Coari Amazonas, entre setembro e novembro de 2015. Participarão da intervenção os usuários que possuem hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS. As atividades terão como base o Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – do Ministério da Saúde, assim como os instrumentos disponibilizados pelo curso (Planilha de coleta de dados, Planilha OMIA e ficha espelho).

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas é preciso o cadastramento do 100% dos usuários a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão uma reunião semanal onde monitorarão as atividades dos ACS para procurar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos e ao terminar cada atendimento planejado no cronograma avaliaremos as fichas e prontuários médicos para conhecer os dados do atendimento e esvaziar na PCD. Também farão VD junto com os ACS para pesquisa ativa de usuários.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão o registro dos usuários que vem aos atendimentos nas fichas de atendimento e nos documentos habilitados na UBS garantidos pela SMS.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão durante as atividades educativas coletivas palestras aos usuários, orientando sobre o acesso e acolhimento.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira providenciarem junto a SMS a manutenção dos meios e insumos necessários para os atendimentos. Além de fazer as mudanças dos aparelhos se precisarem nossa equipe.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira providenciarem junto a SMS a manutenção dos meios e insumos necessários para os atendimentos. Além de fazer as reposições de material, caso seja preciso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão com o apoio das organizações da comunidade atividades nas igrejas, colégios e outros espaços de concorrência da população como projeção de vídeos e colocar cartazes. Também procuraremos o apoio da rádio para nossa participação no programa destinado à saúde, nosso espaço de atendimento na UBS e as VD dos ACS e do médico e a enfermeira.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A médica e a enfermeira aproveitarão todos os espaços da comunidade como: igrejas, colégios e outros pontos de confluência da população para informar aos usuários com riscos de hipertensão e também através de meios de comunicação mediante a participação dos membros da equipe no programa de saúde disponível todas as semanas.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão orientação nos atendimentos específicos e VD a todos os usuários que tenham pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, além de alertar na comunidade que os usuários que verifiquem sua pressão qualquer outro lugar e tenham modificação da mesma devem procurar o atendimento clínico.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades em nossos atendimentos e VD realizarão orientações sobre a identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes a todos os usuários que procurem nossa UBS, além de realizar ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, utilizando aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão capacitação nas reuniões semanais da equipe aos ACS através do estudo dos cadernos de atenção básica pelos membros da equipe, assim como outros documentos do MS do Brasil que está disponíveis nessa UBS. Orientar-se-á a forma correta para o preenchimento dos documentos que são utilizados pelo MS para o cadastramento.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A médica e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverem ações de capacitação para a verificação da pressão arterial, se realizará nas reuniões da equipe e participarão todos os membros. Também se orientará o estudo dos protocolos para manter-se atualizado e o uso de outros meios ativos para ensinar como verificação da pressão entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham que se verifica a pressão, etc.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão em cada uma das reuniões da equipe aulas, onde será feita a capacitação da equipe sobre o uso e manejo do glicômetro para a realização de hemoglicoteste, sobre sua correta utilização e interpretação dos resultados do exame, para isto utilizaremos os meios didáticos como computadores e livros.

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão uma revisão dos prontuários clínicos semanalmente preenchidos pela equipe durante os atendimentos de acordo

com o número de usuários atendidos e avaliarem a qualidade do exame clínico das fichas e prontuários dos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão a definição das atribuições de cada membro da equipe de forma colegiada na primeira reunião semanal da equipe, indicando por escrito quais são as atribuições, para todos os que participem, registrando em ata da reunião com nomes completos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão o cronograma de capacitação para cada semana de acordo com os protocolos de atenção básica para usuários hipertensos e diabéticos. As capacitações serão feitas durante as reuniões semanais, e será o ponto fixo de ordem do dia da reunião.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A médica e a enfermeira estabelecerão as atualizações de acordo com o nível dos profissionais, sendo assim que os ACS terão uma atualização semanal que pode ser realizada nas reuniões da equipe. A equipe multiprofissional se preparará, com os manuais disponíveis na unidade para a capacitação dos ACS pelo que também será semanal sua atualização.

Ação: Dispor de versão atualizada dos protocolos de HAS e DM impressa na UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão a impressão destes documentos com o apoio dos gestores da SMS e da Prefeitura e estes ficarão disponíveis na UBS para qualquer consulta e dúvidas dos membros da equipe, em local de fácil acesso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos, onde nas VD realizaremos orientações quanto a identificar os fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos para todos os usuários que procurem nossa UBS, além de realizar ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, utilizando aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para HAS e DM.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão capacitações todas as semanas, além de nossa auto preparação que é importante para capacitar toda a equipe, esta será realizada mediante o estudo dos protocolos de atendimentos para usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão durante os atendimentos planejados a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes e colocarão nos prontuários clínicos esta parte do exame clínico. Também serão realizadas fiscalizações nos prontuários pelos membros da equipe que estão preparados para fazer esta atividade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão depois da capacitação sobre as atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés, as definições de cada

membro para a realização desta atividade nos atendimentos programados, o seja, durante o debate e a discussão ficarão disponibilizados os nomes completos com suas definições.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão o cronograma de capacitação para cada semana de acordo com os protocolos de atenção básica para usuários hipertensos e diabéticos. As capacitações serão feitas durante as reuniões semanais, e será o ponto fixo de ordem do dia da reunião.

Ação: Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés. A médica e a enfermeira solicitarão aos gestores municipais para que eles providenciem o monofilamento 10g, através dos pedidos que são realizados pela UBS e nas reuniões com os gestores que são realizadas todas as semanas.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira informarão nas reuniões semanais o cumprimento dos atendimentos planejados para este tipo de usuários e como fica a próxima semana, para que todos os ACS fiquem sabendo o dia e lugar para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das VD.

Ação: Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: A médica e a enfermeira coordenarem com a SMS, as consultas especializadas para usuários hipertensos e diabéticos que precisamos em nossa UBS, provenientes da identificação que a equipe realiza durante os atendimentos, reuniões e VD.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizaremos orientações sobre os riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos para todos os usuários que procurem nossa UBS, além de

realizar ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, utilizando aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: A médica e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com diabetes desenvolverão ações de capacitação para a realização de exame apropriado dos pés, e se realizará nas reuniões da equipe com a participação de todos os membros da equipe multiprofissional. Também se orientará o estudo dos protocolos para manter-se atualizado e o uso de outros meios ativos para ensino como a realização de exames dos pés entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham correto ou não o exame, etc.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão monitoramento dos usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS e investigarão as causas do não cumprimento dos usuários e ficando anotados no prontuário clínico os motivos pelos quais não se cumpre, dando seguimento nos próximos atendimentos para alertar aos gestores das causas do não cumprimento pelos usuários e decidir outras ações para aqueles usuários que são por motivos próprios.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão que todos os membros da equipe que participem nos atendimentos com usuários com hipertensão e diabetes garantindo a solicitação dos exames complementares, através da fiscalização dos prontuários depois de terminar cada atendimento e lembrando ao começo a importância de garantir a solicitação.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A médica e a enfermeira nas reuniões que realiza a SMS de forma semanal exigir e controlarem a agilidade para a realização dos exames complementares. Ademais que conhecerem as principais dificuldades de seus usuários para a realização dos exames, tendo registrado as eventualidades acontecidas e relatadas pelos usuários através dos ACS e nos atendimentos.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A médica e a enfermeira criarem na UBS um cadastro dos usuários que não tem realizado os exames preconizados e será do conhecimento de todos os membros da equipe em cada uma das reuniões.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão orientações ressaltando a necessidade da realização dos exames complementares para todos os usuários de hipertensão e diabetes que procurem nossa UBS, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças e utilizaremos ademais aos atores formais da comunidade e outras organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensinasse como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo de HAS e DM adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverem ações de capacitação para a solicitação de exames complementares, será realizada nas reuniões da equipe onde participarem todos os membros. Também se orientará o estudo dos protocolos para manter-se atualizado e o uso de outros meios ativos para ensinar como é a solicitação para a realização de exames complementares entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham correto ou não a solicitação se deve ser de outra forma, incentivar a busca de iniciativas nos membros da equipe e estimular o pensamento coletivo, etc.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão um monitoramento desta ação através das fichas espelhos e demais documentos da UBS, procurando saber o acesso aos medicamentos e se existem dificuldades com o abastecimento, será realizada esta fiscalização duas vezes por mês e se informará a SMS sobre as principais dificuldades encontradas durante o monitoramento para corrigir deficiências próprias do SUS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira designarão um membro da equipe, preferentemente a técnica de enfermagem para que de forma periódica (uma vez por semana) realize controle de estoque de medicamentos e informe qualquer desabastecimento ou vencimento de medicamento que são usados pelos usuários de hipertensão e diabetes.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira habilitarão na UBS um registro para conhecer as necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e diabetes, e se manterá atualizado de forma quinzenal pela enfermeira que será a responsável também pelo pedido aos gestores da farmácia popular com uma frequência mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão orientações e informações aos usuários e comunidade em geral sobre os direitos de acesso aos medicamentos de hipertensão e diabetes, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças e utilizarão ademais os atores formais da comunidade e outras organizações comunitárias capacitadas pela equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverão suas atualizações sistemáticas e periódicas todas as semanas, utilizando quatro horas e estarão em condições de capacitar toda a equipe multiprofissional. As atualizações serão realizadas de forma individual e depois serão disponibilizadas para os demais profissionais da equipe nas reuniões semanais, que são realizadas na UBS e podem colaborar para revisão bibliográfica de nossa intervenção.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão durante os espaços de conversas/reuniões com a equipe capacitações para explicar a todos os membros

que existem alternativas para obter medicamentos da Farmácia Popular, que é através de um cadastramento, levando os documentos de identidade com a receita da UBS que prescreve os remédios que o usuário utiliza, sendo necessário de três em três meses atualizar a receita médica na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS onde ficará a avaliação realizada pela enfermeira, será realizada esta avaliação com frequência quinzenal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes e hipertensão.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão a avaliação das necessidades de atendimento odontológico para os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área, a mesma será realizada em todos os atendimentos médicos planejados segundo o cronograma de atividades mensal da equipe. O espaço físico será nas salas da médica e a enfermeira e serão registradas nos prontuários clínicos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes e hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica e a enfermeira junto com os gestores do município, na medida das possibilidades organizarem a agenda de saúde bucal para o atendimento odontológico dos usuários com diabetes e hipertensão de nossa área, criando um registro com as prioridades para o atendimento. Discutir-se-á com os

gestores nas reuniões semanais para definir estratégias para do atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão, orientações, de maneira que nossa comunidade conheça a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos usuários com hipertensão e diabetes, realizaremos ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, lavado dos dentes. Utilizaremos aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe para que apoiem nestas ações que serão com uma frequência semanal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: A médica e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverão ações de capacitação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, se realizará nas reuniões da equipe e participarão todos os membros da equipe, será utilizado também outros meios ativos para ensino como a realização de avaliações odontológicas entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham correto ou não a avaliação, etc.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão monitoramento dos usuários com hipertensão e diabetes para avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS e perguntarem as causas do não cumprimento dos usuários e ficarem anotados no prontuário clínico os motivos pelos quais não se cumpre, dando seguimento nos próximos atendimentos e explicando a importância do cumprimento da periodicidade das consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar VD para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira colocarão no cronograma de atividades mensal os dias que serão destinados nas VD para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos. Todas as semanas nas reuniões da equipe vai aprimorar o cronograma e se controlará o cumprimento da busca destes usuários e as causas que não permitem o cumprimento, sendo responsáveis todos os membros da equipe.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira junto com toda a equipe, na medida das possibilidades organizarão a agenda para acolher os usuários com diabetes e hipertensão provenientes das buscas domiciliares de nossa área, criando uma alerta e um registro que todas as semanas serão discutidas nas reuniões para dar prioridade segundo o cronograma de atividade e se há necessidade de modificar o mesmo de acordo com o número aparecidos nas pesquisas ativas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão com o apoio das organizações da comunidade atividades de informação sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos e diabéticos, sendo desenvolvidas as mesmas também nas igrejas, colégios e outros espaços de concorrência da população e faremos projeção de vídeos e colocaremos cartazes. Também procuraremos o apoio da rádio para nossa participação no programa destinado à saúde, nosso espaço de atendimento na UBS e as VD dos ACS e a médica e a enfermeira.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: A médica e a enfermeira participarão nas reuniões organizadas pelas comunidades para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com hipertensos e diabéticos e também convidaremos a nossas reuniões semanais os principais atores da comunidade para conversar e discutir sobre a problemática.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira participarão nas reuniões organizadas pelas comunidades para esclarecer aos usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e também convidaremos para as nossas reuniões semanais os principais atores da comunidade para conversar e discutir sobre a problemática.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão durante os espaços de intercâmbio com a equipe (reunião semanal) capacitação aos ACS para que orientem aos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas, sua periodicidade e sua importância para o controle adequado da pressão arterial e das cifras de glicemia, para isto se lhes informará a frequência de acordo ao protocolo de atenção básica. Utilizaremos os cadernos de atenção básica e outros documentos disponíveis na UBS.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: A médica e a enfermeira da equipe farão o monitoramento e avaliação das fichas de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área através da fiscalização destas, depois de terminar as consultas programadas segundo o cronograma de atividades mensal, que geralmente tem duas consultas por semana, avaliando a qualidade dos preenchimentos dos registros segundo os padrões do MS nos protocolos de atenção básica para HAS e DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS de pessoas com hipertensão e diabetes atualizadas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão para manter as informações do SIAB/e-SUS dos usuários com hipertensão e diabetes atualizados realizando de forma periódica uma revisão deste sistema em conjunto com o gestor de saúde que atende esta atividade para incluir o excluir do sistema aos usuários que são dados de alta ou baixa por motivos de falecimento ou mudança para outra região. Também os ACS deverão informar das alterações de sua área nas reuniões semanais da equipe.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira solicitarão os materiais necessários para dar continuidade a implantação da ficha de acompanhamento através dos gestores municipais, nas reuniões semanais para a avaliação do programa, onde se falará sobre a execução. Desta implantação se conversará com a equipe em nossos espaços de análises.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para realizar o registro das informações de usuários com hipertensão e diabetes ao terminar cada expediente do dia serão atualizados os cadastros que estão na UBS e se dará seguimento nas próximas consultas sobre o registro destas informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão na primeira reunião da equipe a definição do responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários com hipertensão e diabetes, onde serão explicadas as funções deste. A proposta será discutida pelos membros e aprovada. Constará no livro ata da UBS.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta de pessoas com hipertensão e diabetes, quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Para o cumprimento desta ação serão informados todos os ACS sobre a organização deste sistema de registro para que através da comunicação telefônica ou qualquer outra sejam viabilizadas situações de alerta que permitam a equipe atuar imediatamente. O espaço para dar a informação desta organização do sistema será na reunião da equipe, onde se dará seguimento semanal para avaliar a execução desta ação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: A médica e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão orientações de modo a informar aos usuários e comunidade em geral seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças e utilizaremos ademais os atores formais da comunidade e outras organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa e diabéticas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das

peessoas hipertensa e diabéticas, nas reuniões semanais que tem a equipe segundo o cronograma de capacitação que foi elaborado pela equipe e estas serão desenvolvidas na UBS, no horário da tarde depois do expediente. Para isto serão utilizadas as fichas e documentos requeridos para os registros, auxiliando-nos de outros meios didáticos como computadores e televisão.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para dar cumprimento desta ação desenvolveremos a capacitação segundo o cronograma de atividades de nossas reuniões, o seja, que cada tema identificado para a capacitação tem uma semana para serem analisados e discutidos, os responsáveis pela capacitação serão a médica e a enfermeira e será realizada em nossa UBS, no horário da tarde depois do expediente. Levaremos como exemplos alguns registros que serão distribuídos entre os membros da equipe para estudo, análise e discussão.

OBJETIVO 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Ao detalhar está ação seguiremos ao igual que nos demais objetivos a verificação dos prontuários clínicos e fichas de acompanhamentos para ter a certeza do cumprimento da estratificação de risco e de não ter, então colocar nossa avaliação nos documentos. Também desenvolveremos ações de fiscalização e avaliação dos prontuários depois de terminar o expediente de cada dia. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira e o espaço onde será realizada a avaliação e fiscalização será em nossa UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: No cronograma de atividade mensal colocaremos ao menos uma vez por semana atendimentos agendados para os usuários com hipertensão e diabetes avaliados como alto risco, priorizando assim seu atendimento. Também informaremos na reunião da equipe sobre as medidas tomadas (prioridade nos atendimentos normal do programa) e que o cronograma pode sofrer alterações se a demanda fosse maior, para o qual se precisa ter uma boa comunicação entre todos na equipe. Ademais a equipe está em condição de priorizar o atendimento especializado dos usuários que precisem através do apoio que dá a SMS e seu sistema de encaminhamento as especialidades. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira e serão utilizadas as reuniões semanais para dar prioridade aos usuários que tiverem mais dificuldades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários hipertensos e diabéticos, quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, assim como também em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão a médica e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de esclarecimento aos usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a realização de exercícios físicos, alimentação saudável e alcoolismo crônico. Também em atividades educativas que desenvolveremos nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão a médica e a enfermeira e serão

utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS. Convidaremos para estas atividades a equipe do NASF e outras especialidades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, segundo o cronograma de atividades, sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação veremos a possibilidade de convidar o especialista em cardiologia. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Para o cumprimento desta outra ação de capacitação executaremos aulas e atividades que mostrem o porquê da importância do registro desta avaliação para o adequado controle dos níveis pressóricos e glicêmicos destes usuários com riscos de lesões em órgãos alvos. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira na reunião da equipe será o momento para a capacitação, que é no horário da tarde depois do expediente. Utilizaremos meios audiovisuais como computadores, data show e televisão.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Para o cumprimento desta outra ação de capacitação executaremos aulas e atividades que mostrem a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como uma alimentação, a não prática habitual de exercícios físicos e uso de outras drogas e bebidas. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira na reunião da equipe será o momento para a capacitação, que é no horário da tarde depois do expediente. Utilizaremos meios audiovisuais como computadores, data show e televisão.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes serão revisadas todas as fichas e prontuários, onde deve aparecer registrada a orientação nutricional. Será realizada depois de concluída a atenção diária, pelos membros da equipe e desta maneira se está fiscalizando e controlando o cumprimento da ação. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira da equipe. O seguimento será realizado nas reuniões semanais da equipe para avaliar sua execução.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Em coordenação com o NASF desenvolveremos atividades coletivas sobre alimentação saudável, as quais envolveram a todos os usuários de hipertensão e diabetes de nossa área, com uma frequência mensal e organizada com o apoio da comunidade e demais organizações que fazem vida em nossa área. As atividades podem ser desenvolvidas durante os atendimentos, também na sala de espera e outras de maior alcance com a comunidade. Serão planejadas de dois em dois meses. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. Serão utilizados meios didáticos e audiovisuais para dar estas palestras.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Planejar junto ao gestor outras formas de organização de práticas coletivas onde outras instituições participem na educação de hábitos alimentares dos usuários hipertensos e diabéticos, como são nutricionistas, endocrinologistas, etc.

Detalhamento: Os responsáveis serão a médica e a enfermeira e deverão incluir de acordo com a gestão realizada pelo gestor o dia que será feito e informar nas reuniões da equipe em quanto este pronto a participação de parceiras.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão a médica e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, segundo o cronograma de atividades, sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação. Outras das ações serão planejar intercâmbios com outras equipes de ESF do município e combinar para participar numa das palestras que deste tipo se desenvolvem em qualquer outro ESF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira planejem em conjunto com a SMS uma capacitação sobre metodologias de educação em saúde, onde precisaremos da especialista no tema, para que participe na reunião semanal. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. O lugar da capacitação na UBS. Garantimos o uso do computador, data show e televisão.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação teremos que junto a SMS planejar a participação do educador físico durante nossa preparação semanal para ter clara a orientação que vamos a realizar para a atividade física regular aos usuários hipertensos e diabéticos. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. O controle, monitoramento e avaliação serão realizados através da revisão dos documentos básicos dos usuários hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Em coordenação com o NASF desenvolveremos atividades coletivas sobre orientação de atividade física, as quais envolveram a todos os usuários de hipertensão e diabetes de nossa área, com uma frequência mensal e organizada com o apoio da comunidade e demais organizações que fazem vida em nossa área. As atividades podem ser desenvolvidas durante os atendimentos, no começo quando se faz o acolhimento dos usuários e outras de maior alcance com a comunidade. Serão planejadas de dois em dois meses. Os responsáveis serão o médica e a enfermeira. Serão utilizados meios didáticos e audiovisuais para dar estas palestras.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Planejar junto ao gestor outras formas de organização de práticas coletivas onde outras instituições participem na educação física dos usuários hipertensos e diabéticos, como são educadores físicos. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira e deverem incluir de acordo com a gestão realizada

pelo gestor o dia que será feito e informar nas reuniões da equipe em quanto este pronto a participação de parceiras.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários hipertensos e diabéticos e comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão a médica e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, sobre práticas de atividade física regular. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação. Outras das ações serão planejar intercâmbios com outras equipes de ESF do município e combinar para participar numa das palestras que deste tipo se desenvolvem em qualquer outro ESF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira planejem em conjunto com a SMS uma capacitação sobre metodologias de educação em saúde, onde precisaremos da especialista no tema, para que participe na reunião semanal. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. O lugar da capacitação na UBS. Garantimos o uso do computador, data show e televisão.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação teremos que junto a SMS planejar a participação da equipe municipal, encarregado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, durante nossa preparação semanal para ter clara a orientação que vamos a realizar sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. O controle, monitoramento e avaliação serão realizados através da revisão dos documentos básicos dos usuários hipertensos e diabéticos aonde devem ficar sinalado as orientações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: O município está aderido ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários hipertensos e diabéticos e comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão a médica e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como as igrejas, os colégios, as praças, a rádio e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, sobre o tratamento de pessoas tabagistas. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação. Outras das ações serão planejar trocas com outras equipes de ESF do município e combinar para participar numa das palestras que deste tipo se desenvolvem em qualquer outro ESF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira planejem em conjunto com a SMS uma capacitação sobre metodologias de educação em saúde, onde precisaremos da especialista no tema, para que participe na reunião semanal. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. O lugar da capacitação na UBS. Garantimos o uso do computador, data show e televisão.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação teremos que junto a SMS planejar a participação do odontologista, durante nossa preparação semanal para ter clara a orientação que vamos a realizar sobre a higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. O controle, monitoramento e avaliação serão realizados através da revisão dos documentos básicos dos usuários hipertensos e diabéticos aonde devem ficar sinalado as orientações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: A médica e a enfermeira organizarem o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Sem afeitar a qualidade dos atendimentos reduziremos o tempo médio a quase a metade sendo analisado nas reuniões da equipe se o usuário fica satisfeito ou não com o atendimento. No caso de existir insatisfação da população se avaliará pela equipe para corrigir imediatamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários hipertensos e diabéticos e comunidade sobre a importância da higiene bucal, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão a médica e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como as igrejas, os colégios, as praças, a rádio e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações sobre a higiene bucal. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes.

2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

2.3.3 Logística

Nosso trabalho de intervenção que tem como objetivo a atenção aos usuários com HAS e DM, seguirá o protocolo do MS, “Caderno de atenção básica estratégica para o cuidado da pessoa com doença crônica (2013), que já está disponível na unidade de saúde. Para a realização de nossa intervenção utilizaremos os materiais disponibilizados pelo curso (ficha espelho e planilha de coleta de dados) assim como os prontuários clínicos dos usuários, a ficha espelho mediante a qual fazemos monitoramento a cada usuário, juntamente com os ACS o qual conhece a realidade sobre cada usuário de sua área de atuação. Necessitaremos de uma ficha espelho para cada usuário, para isso solicitaremos apoio do gestor municipal de saúde, a qual providenciará a quantidade de 200 fichas espelho para os hipertensos e 100 para DM que serão cadastrados. Daremos início à intervenção, onde coletaremos todos os dados de cada usuário, e estes serão transferidos e monitorados mensalmente na planilha de coleta de dados.

Para desenvolver este trabalho precisaremos do apoio da SMS, ACS, enfermeira gestora de nossa UBS, equipe multiprofissional, líderes comunitários, professores de educação física. Para isto, inicialmente faremos uma capacitação contínua e sistemática com todos os participantes envolvidos com as ações em saúde da unidade. Para que cada um de nós possamos fazer um atendimento contínuo aos usuários e atingir nossos objetivos, entre eles a mudança de estilo

de vida dos usuários com HAS e DM para que tenham um bem-estar cada dia maior.

Na organização dos registros específicos da intervenção, serão revisados os prontuários e fichas espelhos identificando todos os hipertensos e diabéticos dos usuários que compareceram ao serviço nos últimos três meses. Serão localizados os prontuários destes usuários e serão transcritos todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizar-se-á o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre as consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e DM, será feito o cadastramento a todos estes, facilitando e organizando o acesso e acolhimento de todos que procurem a unidade de saúde, onde a organização do acolhimento, dos usuários na unidade, será realizada por todos os usuários da unidade, encaminhando os mesmo para o cadastro e atendimento clínico, assim como serão agendadas as consultas e ao sair conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem a unidade precisando rápido atendimento serão priorizados uma atenção especial aos que apresentarem situação de risco. Para isso será solicitado a gestão esfigmomanômetros e fitas para realização do teste de glicose, os demais materiais como papéis e canetas já temos disponíveis na UBS.

Com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção aos usuários, será realizada uma capacitação a toda a equipe multiprofissional, sendo que esta será desenvolvida na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente de um dia da semana, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe ficará responsável uma parte do manual técnico, sendo esta divisão determinada na primeira reunião, onde cada um explorará o conteúdo devidamente estudado aos outros membros da equipe. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas à intervenção desenvolvida.

Também serão discutidas, semanalmente nas reuniões com a equipe de trabalho, junto aos ACS, as dúvidas e dificuldades encontradas. Para o engajamento público, serão sensibilizados e estimulados, os usuários líderes comunitários, em VD, informaremos a população sobre a importância da intervenção desenvolvida, da necessidade de aferir a pressão arterial a maiores de 20 anos, também mediante

palestras e atendimentos clínicos, que estão programadas todas quintas-feiras pela manhã e tarde, sendo que todos os usuários serão acolhidos e dispensado a devida atenção, independente da data e horário que esta procurar a unidade de saúde, e/ou necessitar de atendimento a domicílio.

Em relação à saúde bucal, será solicitado aos profissionais participarem ativamente das ações, desenvolvendo as seguintes ações: Os ACS realizarão as VD, onde farão a promoção de saúde bucal, trazendo a relação de quantos usuários fizeram suas atividades de promoção e educação de saúde, de quantos necessitam de atendimento, fazendo assim um planejamento de como vai ser feito a avaliação com médico dentista que agendará as consultas de acordo as necessidades dos hipertensos e DM, reservando consultas para este grupo em especial, assim como o médico dentista participará das VD, a que eles usuários que tenha alguma incapacidade e dificuldade de locomoção, e não possa ir e ser avaliada na UBS. Semanalmente nas reuniões realizadas serão discutidas as necessidades em saúde bucal dos usuários em questão, expondo o que foi realizado na semana.

Em reunião de equipe de trabalho realizada semanalmente na sala de reuniões, serão discutidos os atendimentos clínicos a cada usuário. Os ACS trabalham diariamente e é uma ferramenta importante de nossa intervenção, o que permitirá o cadastramento de todos os usuários com todas as informações precisa, onde semanalmente são discutidos e expostos todos os casos novos ou quanto usuário foi atendido em a semana e necessita de uma atenção especial. Semanalmente o médico e o enfermeiro vão analisar como foi o comportamento das consultas médicas para os usuários com hipertensão e DM, se estas estão de acordo a seu planejamento, quantos usuários foram assistidos nas consultas planejadas, quantos ocorreu a necessidade de fazer um planejamento de VD com ACS, se foram repassadas as orientações conforme o manual do MS, sobre a importância de sua assistência a consulta.

Ficará responsável na unidade pelo livro de registro, onde existe a relação de quantos usuários foram às consultas planejadas e todos os registros necessários dos atendimentos clínicos realizados (exames, procedimentos, verificação dos sinais vitais, medicamentos, orientações sobre nutrição, saúde bucal, atividade física, risco de tabagismo), verificação das informações nas fichas espelho de cada um dos usuários e prontuários contenham as informações para poder fazer as análises nas

reuniões realizadas pela equipe multiprofissional de trabalho, onde se analisará o bom preenchimento dos registros de acordo a capacitação feita.

A avaliação cardiovascular dos usuários e a estratificação de risco serão realizadas pelo médico e enfermeira, onde nos atendimentos clínicos farão de acordo o manual do MS, e em cada prontuário será disponibilizada a informação, informando a necessidade de uma atenção especial a estes usuários, assim como alertados também aos ACS, sobre esta necessidade.

Em relação a acolhimento será feito da seguinte forma todo trabalhador da unidade saúde estará envolvido em nossa intervenção e no acolhimento, envolve todos os profissionais, na recepção os usuários vão acolhidos e informados, sobre as ações desenvolvidas na unidade, sobre os horários da consulta, caso apresentem alguma dificuldade, será encaminhado imediatamente ao atendimento clínico, serão realizados palestras em sala de espera, de preferência nos dias de consulta, temas como: risco cardiovascular, nutrição, saúde bucal, atividade física pra incentivar nossos usuários a frequentarem a unidade e se sentirem acolhidos nela.

Para promover a educação de saúde, serão desenvolvidas ações junto à comunidade acerca da saúde dos hipertensos e diabéticos visando o engajamento público, sendo este realizado em cada consulta, VD, palestras os espaços públicos, com respeito à orientação nutricional e criação de grupo de hipertenso e diabético, e avaliação nutricional e bucal, promoverem a realização de atividades físicas três vezes na semana com a participação de educador físico, ACS e médico da unidade de saúde, e outros espaços públicos, também trabalhar com os riscos de tabagismo e alcoolismo. Essas atividades terão a participação de todos os membros da equipe, que terão oportunidade de repassar para a população os conhecimentos adquiridos sobre o assunto durante as capacitações, solicitaremos ao gestor municipal a impressão de folders e cartazes que serão confeccionados pela médica e enfermeira com as orientações a respeito destas ações.

Será realizada semanalmente o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, conforme o cronograma estabelecido, onde todas as informações coletadas na ficha espelho, serão transferidas para a planilha de coleta de dados e ao final de cada semana, serão analisadas e discutidas os resultados em reunião com a equipe multiprofissional.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção para a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes foi realizada no período de doze semanas entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016.

No início de nossa intervenção, contávamos com duas equipes de trabalho, sendo que o médico brasileiro foi demitido e nós ficamos com toda a unidade básica de saúde com uma enfermeira e resto dele equipe.

Realizamos a capacitação da equipe, de acordo com os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM (2013), sendo que este não era utilizado na prática de atendimento, antes da intervenção. Dessa forma tivemos que intensificar as capacitações a fim de que toda a equipe tivesse conhecimento do que é preconizado pelo MS para o atendimento destes usuários. As capacitações aconteceram uma vez na semana durante as reuniões semanais, e no dia a dia, onde a realização da parte pratica pode garantir a atuação de tudo que foi lembrado ou ensinado nas capacitações.

Todas as semanas realizávamos a reunião na sexta-feira com a equipe de trabalho para realização das capacitações onde na primeira eu expus alguns temas e nas seguintes cada um membro da equipe falava a respeito de algum outro tema, no decorrer das capacitações elas foram virando um espaço de reflexão, troca de ideias e discussão entre a equipe. Estes espaços foram muito significativos trazendo uma maior integração entre a equipe e melhora da nossa atuação. Também realizávamos o acompanhamento/monitoramento das fichas espelho e livro de registros que eram atualizadas pelos ACS e pela médica, sendo que após avaliação das mesmas conseguíamos planejar as atividades da semana seguinte como busca

ativa dos faltosos, verificação de recebimento de exames complementares, necessidade de um acompanhamento mais rigoroso do usuário ou encaminhamento ao especialista.

O cadastramento dos usuários foi realizado por toda a equipe nas visitas domiciliares onde os ACS faziam o cadastramento e após o agendamento da consulta, ou na UBS pela livre demanda.

Sendo que toda a equipe de saúde foi responsável por informar a comunidade da realização da intervenção, seja na visita domiciliar, sala de espera, na praça do bairro onde muitos usuários se reúnem. Podemos considerar que a aceitação da intervenção pela comunidade foi muito boa, visto que eles atuaram como multiplicadores das informações, traziam seus familiares e ficavam satisfeito com a periodicidade das consultas.

O acolhimento era realizado desde a recepção até as consultas por toda a equipe, sendo que os usuários passam pela triagem, preenchimento da ficha espelho e posteriormente pela consulta médica.

As consultas prioritárias foram organizadas para as quintas feiras onde realizávamos todas as ações estabelecidas pelo protocolo do MS, sendo que os usuários com hipertensão e diabetes poderiam ser atendidos também em qualquer dia da semana.

Durante as consultas entregamos e preenchemos a caderneta de pessoas com HAS e DM, nesta registramos o peso, PA, glicose, data de retorno entre outras informações.

Quanto a realização dos exames laboratoriais entramos em contato com a secretaria de saúde no início da intervenção e o secretário de saúde ficou de nos apoiar nesta questão.

Mas na prática nosso município conta com apenas um laboratório conveniado ao SUS sendo que os outros são particulares, sendo que conseguimos a realização de exames só que as vezes ocorre uma demora na realização pela grande demanda de solicitações. Os usuários durante as consultas sempre são orientados da importância de realização de exame complementar para um maior seguimento e controle de sua doença.

A técnica responsável pela farmácia da unidade realiza toda a semana o controle dos medicamentos dispensados aos usuários com HAS e DM, o mapeamento das medicações são encaminhadas a secretaria de saúde a fim de que

eles saibam das nossas necessidades, mas em muitas ocasiões ainda ocorre a falta de medicamento para os usuários de estas doenças, mas eles ainda podem recorrer a farmácia popular do município e aqueles que possuem complicações cardiovasculares e usam medicamentos que não existem na farmácia popular, geralmente tem que pagar pelas medicações.

Todas as quintas-feiras antes de iniciar os atendimentos aos usuários com HAS e DM realizamos uma palestra informando a importância do cuidado e acompanhamento destas patologias, bem como realizamos as orientações de promoção da saúde para estes usuários.

Quanto a orientação para atividade física regular os usuários, eram orientados no início da intervenção por um educador físico que vinha até nossa unidade três vezes por semana, mas este foi demitido quando trocaram, por questões políticas, os integrantes das equipes.

Dentre as dificuldades encontradas para a realização de algumas ações podemos destacar que ao iniciar a intervenção tivemos dificuldades em imprimir as fichas espelho, mas que logo foi resolvida pela SMS. Também ainda continuamos apresentando dificuldade no encaminhamento dos usuários que necessitassem de especialista, pois além deles não serem fixos e trabalharem apenas alguns dias do mês acumulando uma grande demanda, também não recebemos a contra referência.

Quanto aos materiais inicialmente contávamos com apenas um esfigmomanômetro que fica na unidade de saúde para a realização da triagem, já que o dos ACS estava quebrado, mas logo ao início da intervenção a secretaria de saúde proporcionou um novo esfigmomanômetro solucionando o problema parcialmente visto que o ideal é cada ACS ter o seu.

Também tivemos problema com o indicador avaliação de necessidade de atendimento odontológico no início da intervenção, pois a equipe não sentia-se capacitada para realizar esta avaliação, sendo assim agendamos um horário com o odontólogo para realizar a capacitação sendo que toda a equipe passou a realizar esta avaliação. Já os casos que precisam de atendimento odontológico foram encaminhados ao odontólogo que disponibilizou um turno da semana para realizar atendimento a estes usuários, e para os usuários acamados o odontólogo realiza atendimento nas visitas domiciliares.

Sendo que o que mais dificultou nossa intervenção foi a troca dos 3 ACS que saíram em janeiro e entraram outros 4 ACS, sendo que tivemos que realizar novamente a capacitação para eles, desestimulando o restante da equipe.





3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não encontramos dificuldades para preencher as fichas espelho e quanto a PCD tive algumas dúvidas de preenchimento no início da intervenção, mas que foi resolvida com o apoio incondicional da orientadora.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Consideramos que nosso trabalho já faz parte da rotina diária em nossa unidade de saúde, a equipe de trabalho conhece o funcionamento e seguimento das atividades para este grupo populacional tendo um maior controle dos usuários levando a um atendimento integral prevenindo as complicações decorrentes dessas patologias.

E, mesmo com a entrada de novos ACS ainda estamos dando seguimento as atividades, já realizamos novas capacitações para eles, e eles já estão entrosados com os usuários participantes da intervenção. Agora o objetivo é que eles sigam conhecendo a população da área de abrangência de cada um e assim consigam dar a continuidade no cadastramento de novos usuários com HAS ou DM.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa Intervenção tem como objetivo melhorar a cobertura do Programa de atenção aos hipertensos ou/e diabéticos. Na área adstrita à UBS Eliana Feijó do Bairro Urucu onde tem uma população acima 20 anos de 3.272 usuários, sendo estimado 743 hipertensos e 183 diabéticos de acordo com a PCD.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 50% dos hipertensos e 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Segundo a estimativa da PCD temos um total de 743 hipertensos na nossa área de cobertura, dessa forma na primeira semana cadastramos 70 (9,4%) hipertensos, no segundo mês 88 (11,8%) e último mês da intervenção 163 (21,9%).

Quanto aos usuários com DM, nossa área tem um total de 183 diabéticos de acordo com a PCD, no primeiro mês da intervenção cadastramos 30 (16,4%) usuários com DM, no segundo mês 37 (20,2%) e no terceiro mês 63 (34,4%).

Para atingir esta meta tivemos algumas dificuldades como a falta de alguns materiais (esfigmomanômetro e glicômetro) que não foram disponibilizados pela secretaria de saúde, conforme solicitado no início da intervenção. Estes são fundamentais para captar os casos novos, inicialmente só contávamos com um esfigmomanômetro para a triagem, depois a secretaria de saúde faz entrega de mais um para na técnica de enfermagem, sendo que ainda não existe um para cada ACS. Também tivemos no decorrer da intervenção a troca das ACS, sendo

necessário realizar uma nova capacitação das mesmas. E, em dezembro tivemos vários dias de feriados também dificultando os cadastramentos.

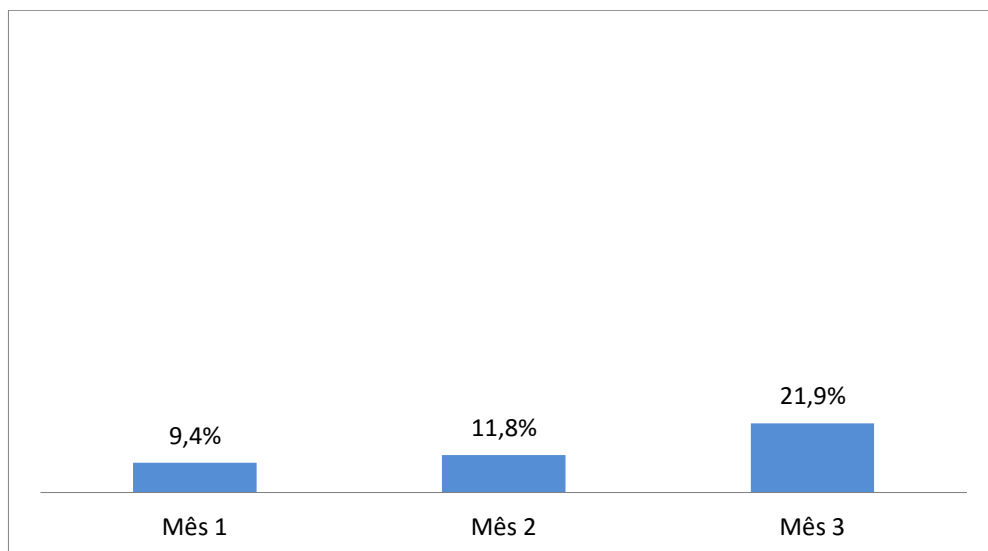


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

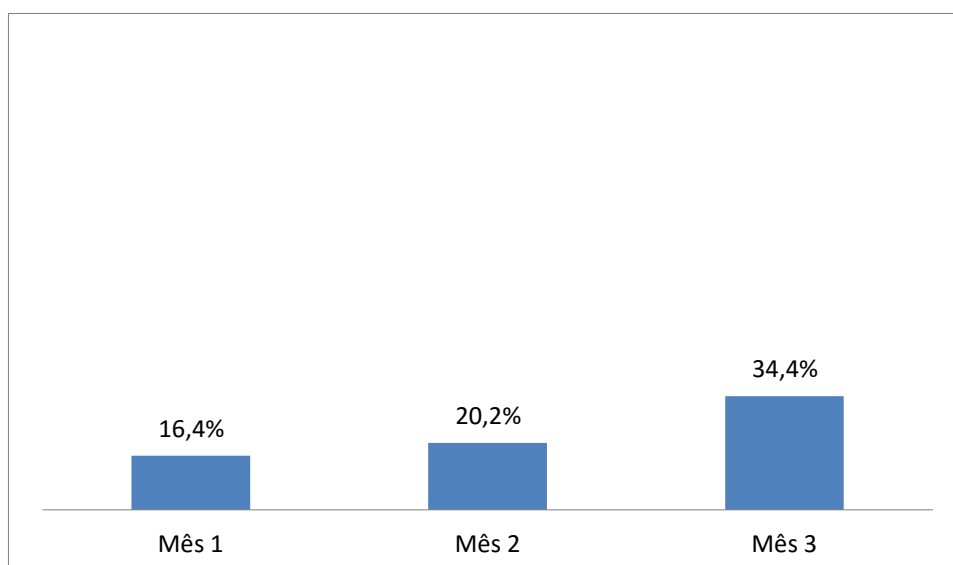


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Objetivo: 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

Indicador: Número total de pessoas com hipertensão e com diabetes com exame clínico apropriado.

Quanto a realização do exame clínico em pessoas com hipertensão, no primeiro mês 63 (90%) estavam com exame em dia, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 163 (100%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam com exame clínico em dia no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 63 (100%).

Para este indicador tivemos algumas dificuldades no primeiro mês, pois inicialmente fizemos um recadastramento dos usuários já acompanhados na unidade e fomos fazendo a busca ativa desses com novo agendamento de consultas, sendo que alguns compareceram na consulta apenas no segundo mês de intervenção.

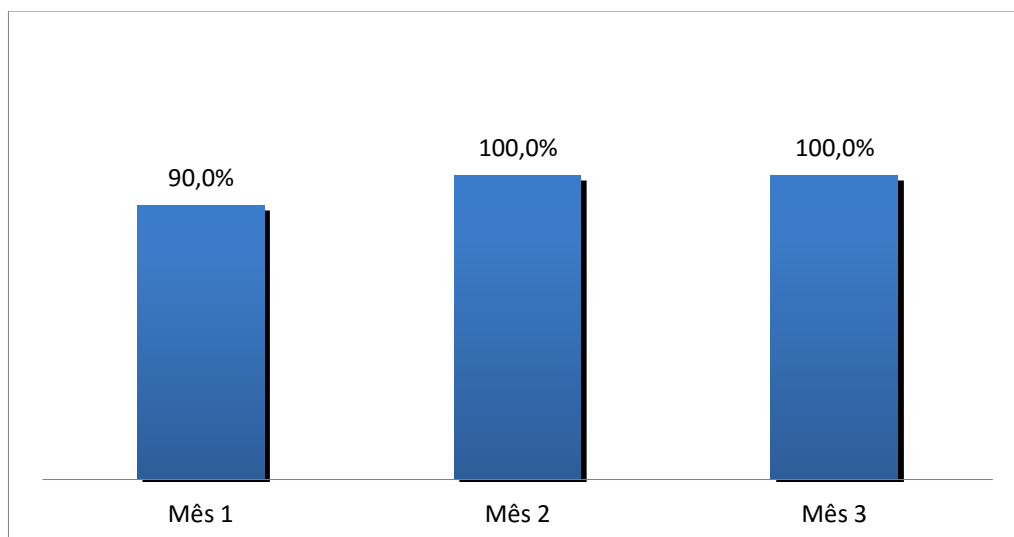


Figura 3: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

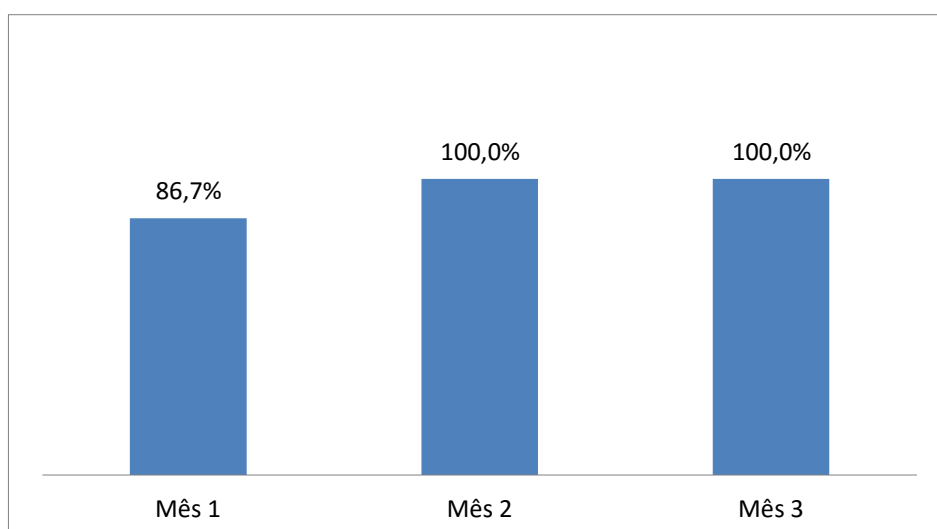


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

No primeiro mês realizamos exames dos pés em 26 usuários (86,7%), no segundo mês em 37 (100%) e no terceiro mês em 63 (100%), todos os usuários cadastrados tiveram a palpação dos pulsos periféricos e realização do teste de sensibilidade.

Neste indicador tivemos a mesma dificuldade que do anterior, pois alguns usuários não compareceram a consulta agendada no primeiro mês, mas sim vieram até a unidade no segundo mês.

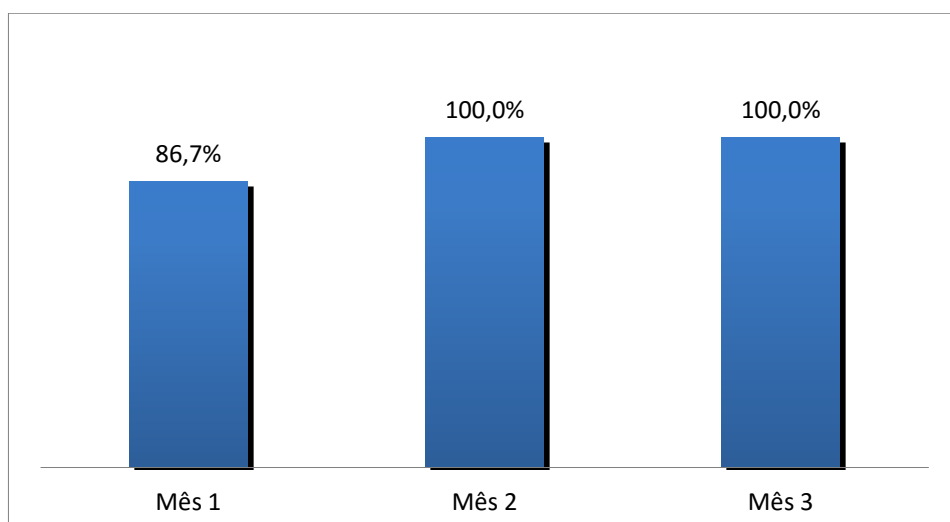


Figura 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Meta 2.4 e 2.5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Quanto ao indicador pra realização de exame complementares para nossos usuários com hipertensão no primeiro mês tivemos 63 (90,0%), no segundo mês 85 (96,6%) e o último mês 153 (93,9%) pessoas com exames em dia.

Para os diabéticos no primeiro mês tivemos 26 (86,7%), no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 52 (82,5%) com exames complementares em dia.

Neste indicador não conseguimos alcançar 100% das metas, pois nosso município só tem um laboratório onde podem realizar exames pelo SUS, os outros

são particulares e nem todos os usuários tem condições financeiras para fazer, e também outra dificuldade enfrentada é a falta de reativos no laboratório dificultando a marcação de exames.

Mas, gostaríamos de deixar evidente que a todos os usuários atendidos com HAS e DM foram indicados exame complementares de acordo a protocolo.

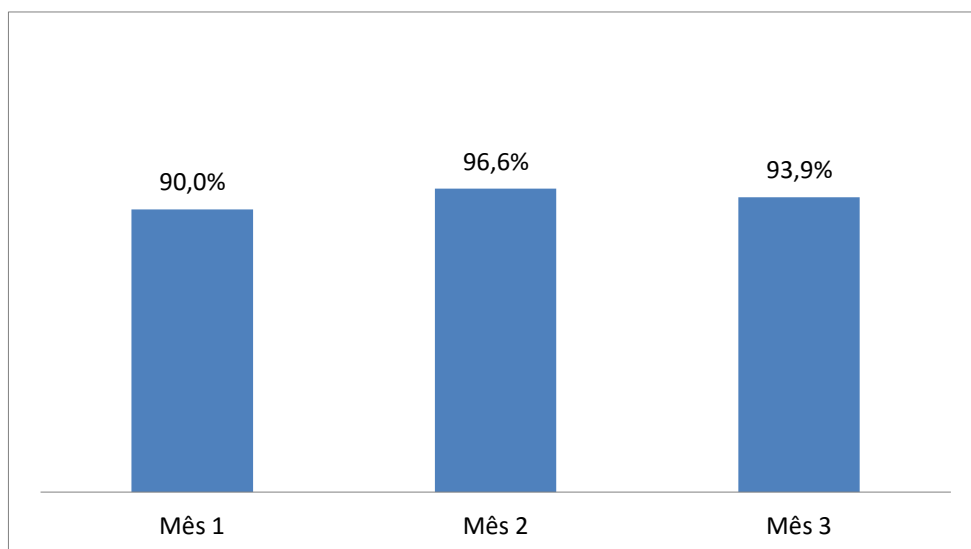


Figura 6: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

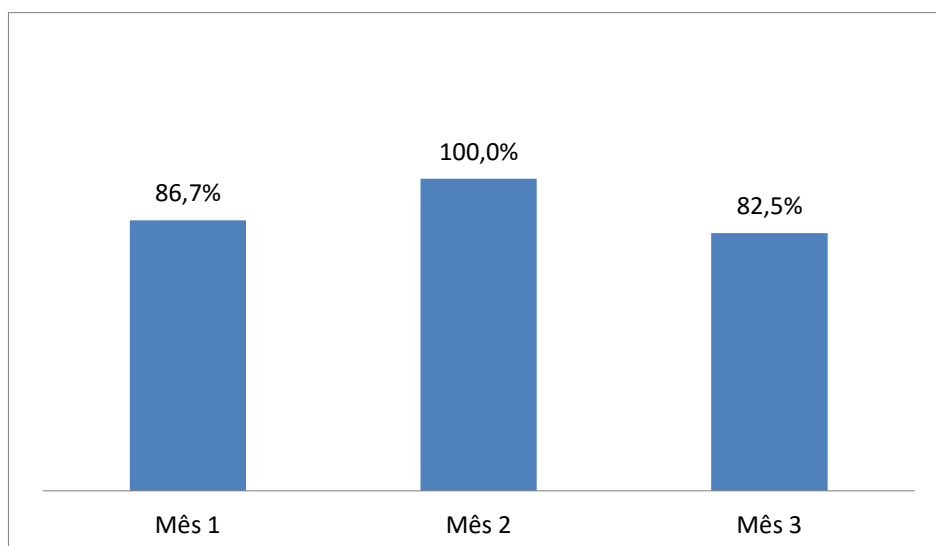


Figura 7: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Meta 2.6 e 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Quanto a este indicador no primeiro mês tivemos 62 (98,4%) pessoas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 86 (97,7%), e no terceiro mês 160 (98,2%).

Já os diabéticos 26 (100%) tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 36 (97,3%) e no terceiro mês dois usuários 61 (96,8%).

Alguns usuários não tiveram prescrição de medicação da farmácia popular por apresentar complicações da doença e precisarem de outros medicamentos que a farmácia popular não possui, como exemplo as complicações cardiovasculares.

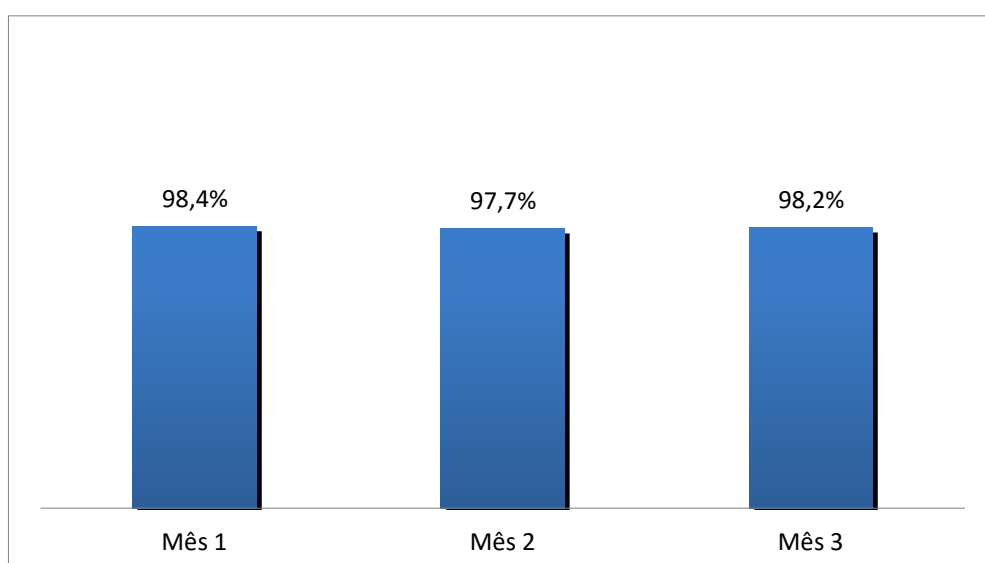


Figura 8: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

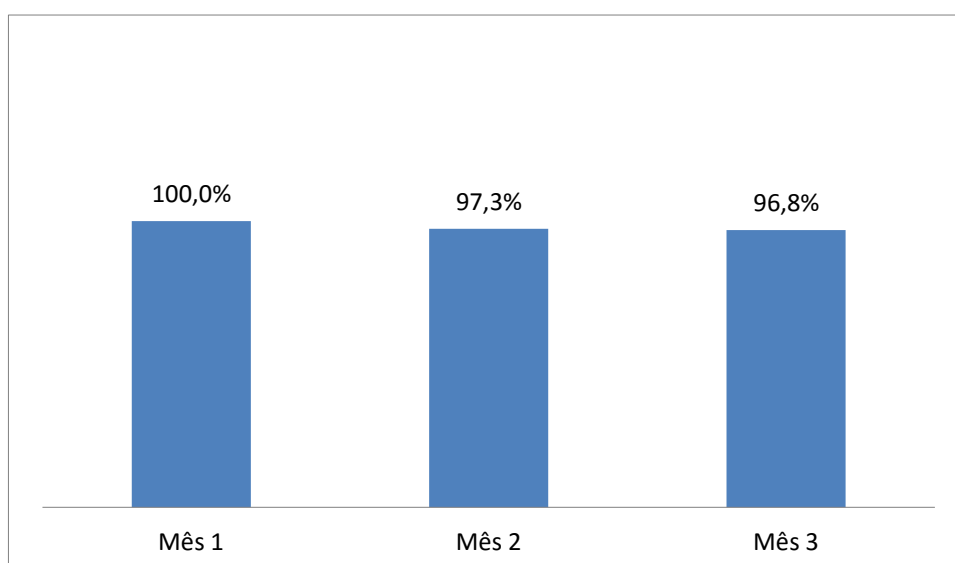


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Meta 2.8 e 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês tivemos 63 (90%) pessoas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 88 (100%) e no último mês 163 (100%).

Quanto aos diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 37 (100%) e no terceiro 63 (100%).

Para o cumprimento deste indicador toda a equipe foi capacitada pelos odontólogos para realização desta avaliação. Depois da capacitação passamos a realizar as avaliações nas consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares e os usuários que precisam de atendimento estão sendo encaminhados a dentistas.

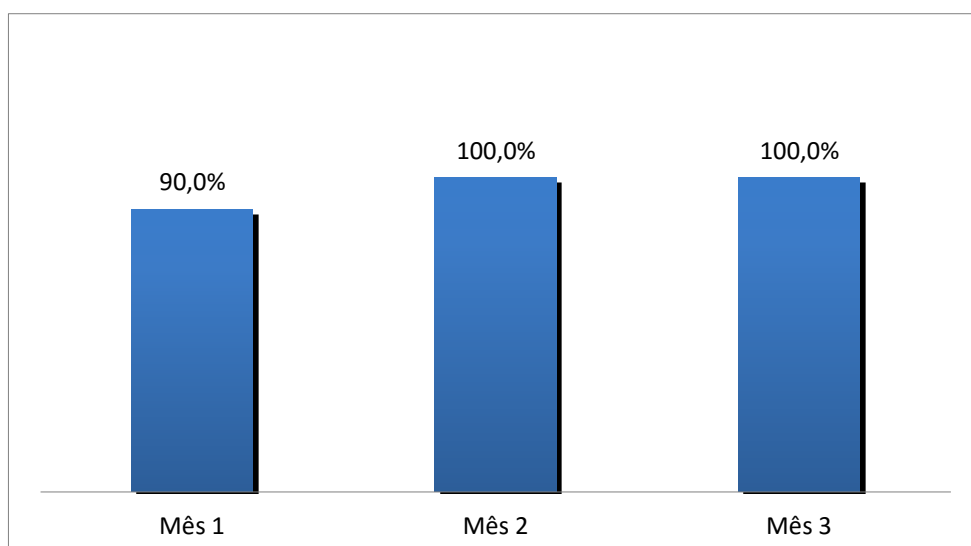


Figura 10: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

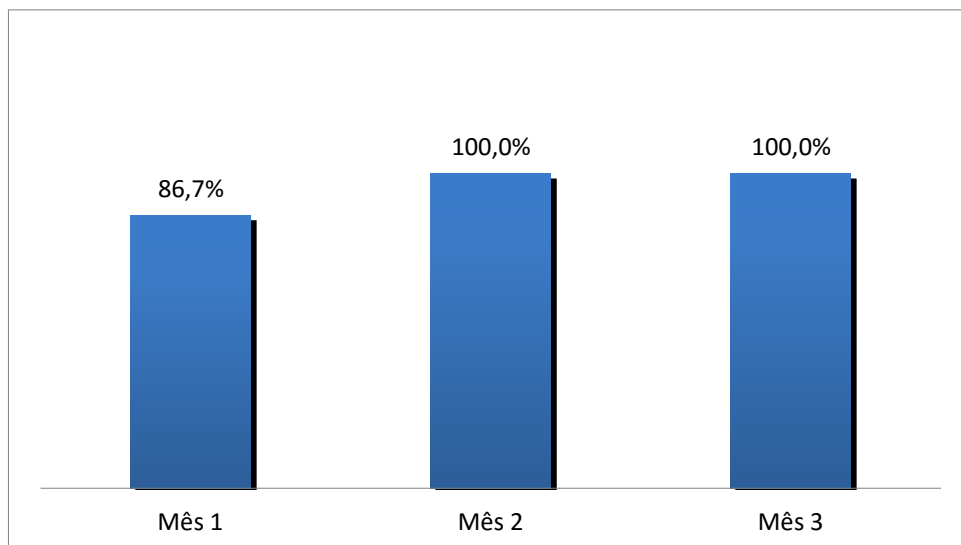


Figura 11: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Objetivo: 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes faltosos às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Em nossa intervenção tivemos 5 usuários hipertensos faltosos no primeiro mês sendo que 4 (80%) vieram as consultas, um trabalha em interior como professor e não pode vir para a consulta, no segundo mês foram 28 faltosos deles 27 (96,4%) foram a consulta um não compareceu por estar viajando e no terceiro mês 86 faltosos sendo que 86 (100%) compareceram a consulta.

Já os diabéticos não tivemos nenhum faltoso no primeiro mês, no segundo 10 faltosos e todos (100%) com busca ativa, e no terceiro mês 24 e todos (100%) também com busca ativa.

Foram realizadas buscas ativas nas visitas domiciliares e acompanhamentos dos registros das consultas para verificar os faltantes.

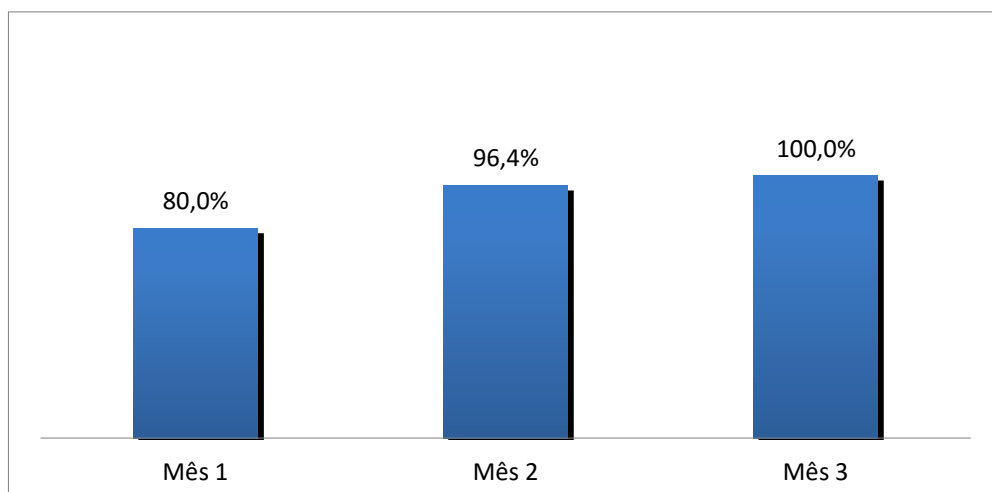


Figura 12: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

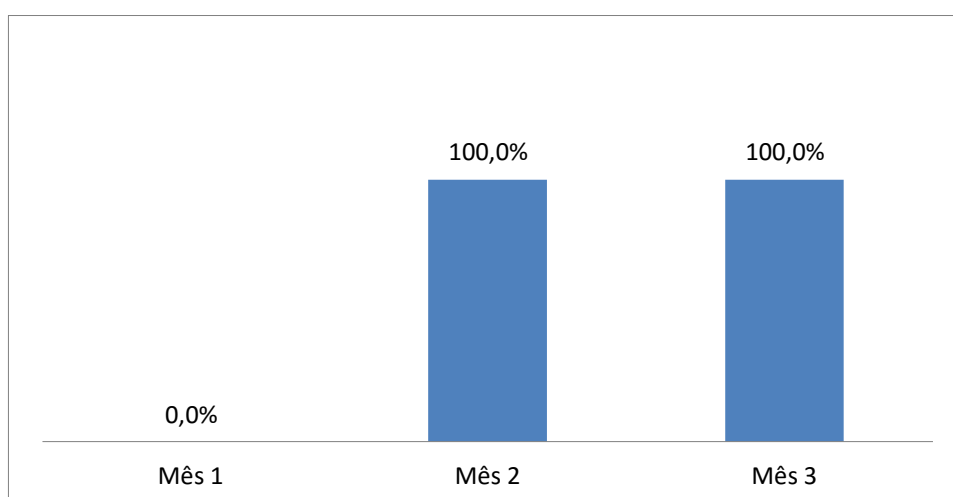


Figura 13: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Objetivo: 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de pessoas hipertensas e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Quanto ao registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês 63 (90%) hipertensos estavam com exame em dia, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 163 (100%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 63 (100%).

Neste indicador tivemos dificuldade no primeiro mês onde alguns usuários não compareceram a consulta. Sendo que ao final da intervenção todos os cadastrados estavam com registros em dia, também devemos estes bons resultados as capacitações realizadas para preenchimento da ficha espelho pela equipe de saúde.

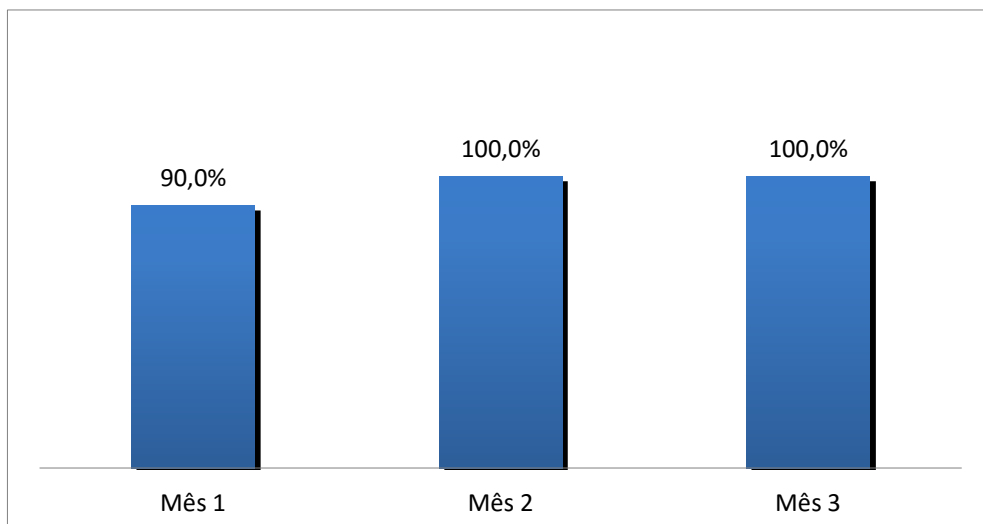


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

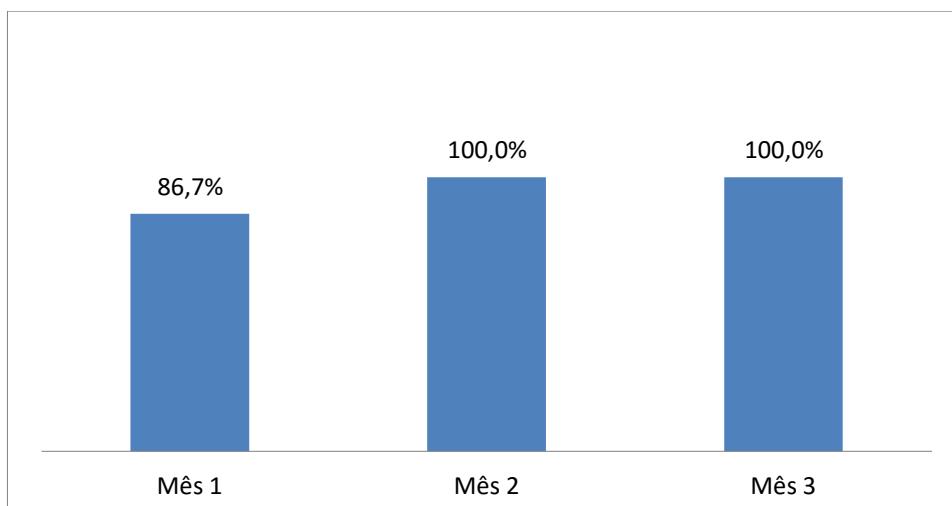


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Objetivo: 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Quanto a estratificação do risco cardiovascular em pessoas com hipertensão, no primeiro mês 63 (90%) tinham a estratificação, no segundo mês 85 (96,6%) e no terceiro mês 162 (99,4%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam estratificação do risco cardiovascular em dia no segundo mês 36 (97,3%) e no terceiro mês 63 59 (93,7%).

Aqui nem todos conseguiram realizar a estratificação do risco cardiovascular devido a falta dos exames complementares que estamos aguardando seus resultados. Também podemos destacar que a capacitação da equipe auxiliou para a realização da estratificação de risco cardiovascular.

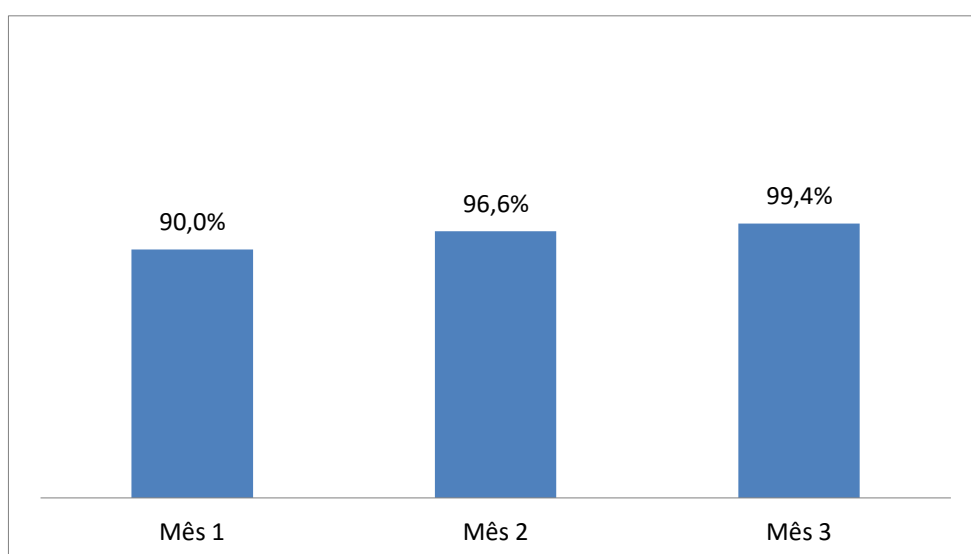


Figura 17: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

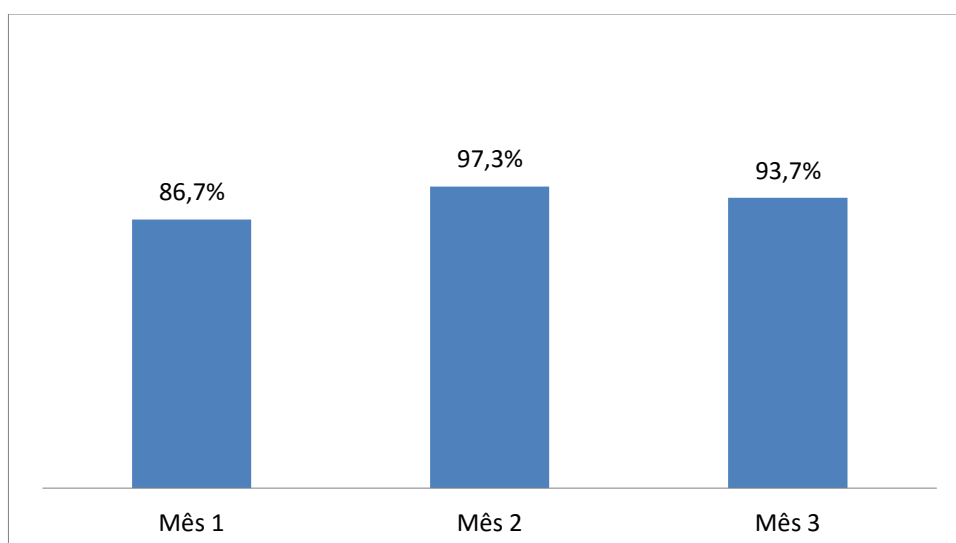


Figura 18: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação nutricional.

Quanto a realização de orientação nutricional em pessoas com hipertensão, no primeiro mês 63 (90%) estavam com orientação, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 163 (100%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam com orientação nutricional no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 63 (100%).

Para cumprir com nossa meta foi capacitada toda nossa equipe e foram realizadas palestras a cada quinta-feira para os grupos de hipertensos e diabéticos, nas consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares, sendo que atualmente todos nossos usuários tem orientação nutricional.

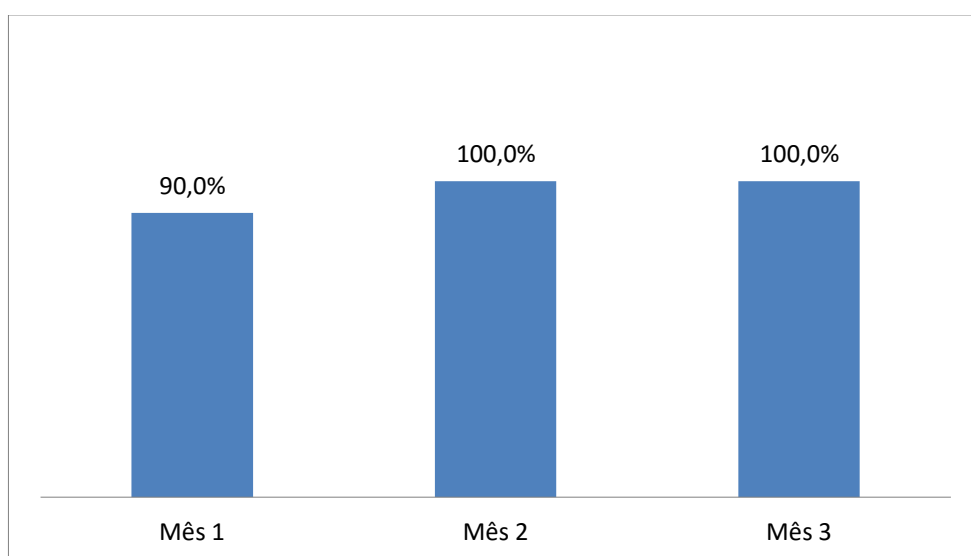


Figura 19: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

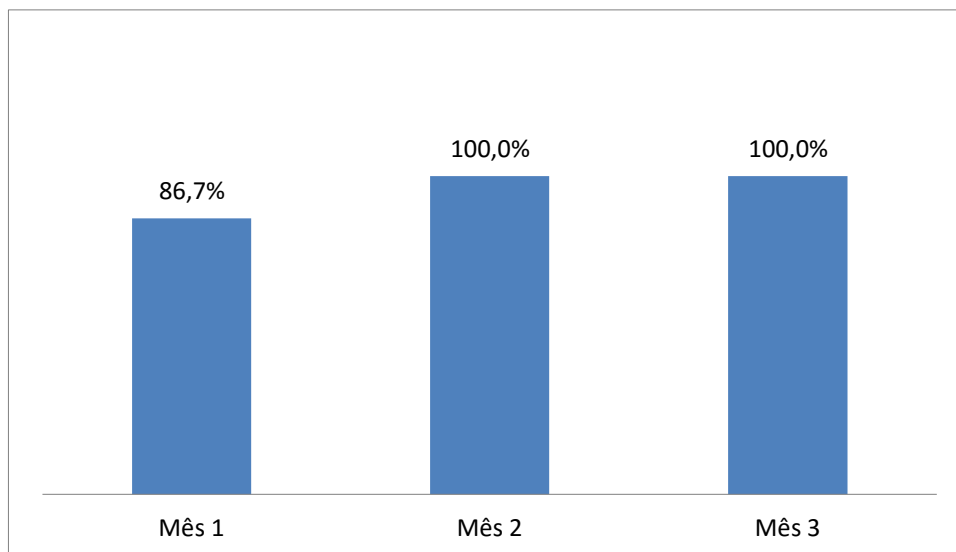


Figura 20: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Quanto a orientação sobre prática regular de atividade física para pessoas com hipertensão, no primeiro mês 63 (90%) estavam com exame em dia, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 163 (100%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam com orientação sobre prática regular de atividade física no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 63 (100%).

Para sua cumprimento desta ação foi feita capacitação a toda a equipe e foram feitas atividades de promoção da saúde nos espaços públicos em nossa UBS, nas consultas e foi feito atividades física com um grupo de hipertenso e diabético com a colaboração de uma educadora física, mas infelizmente a educadora física foi demitida no início da intervenção e não foi contratada outra profissional.

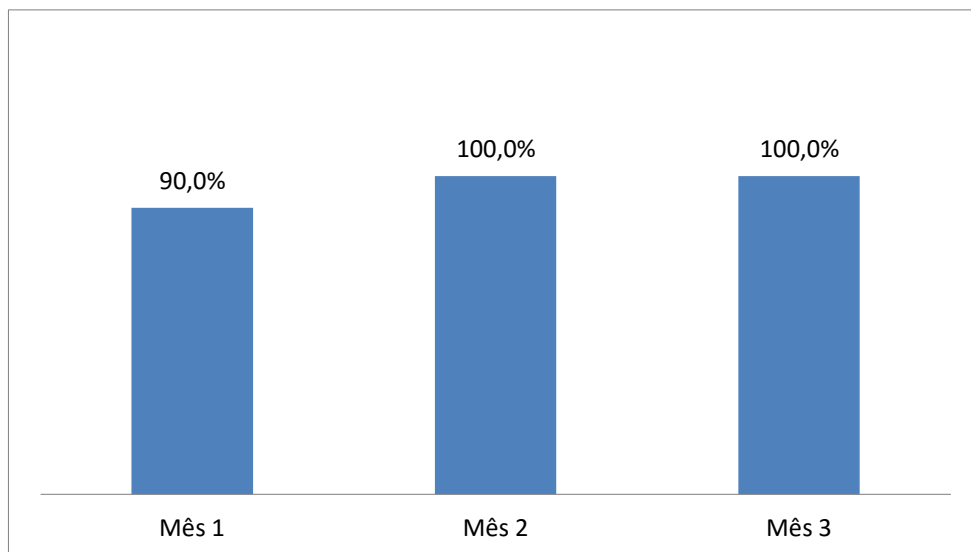


Figura 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

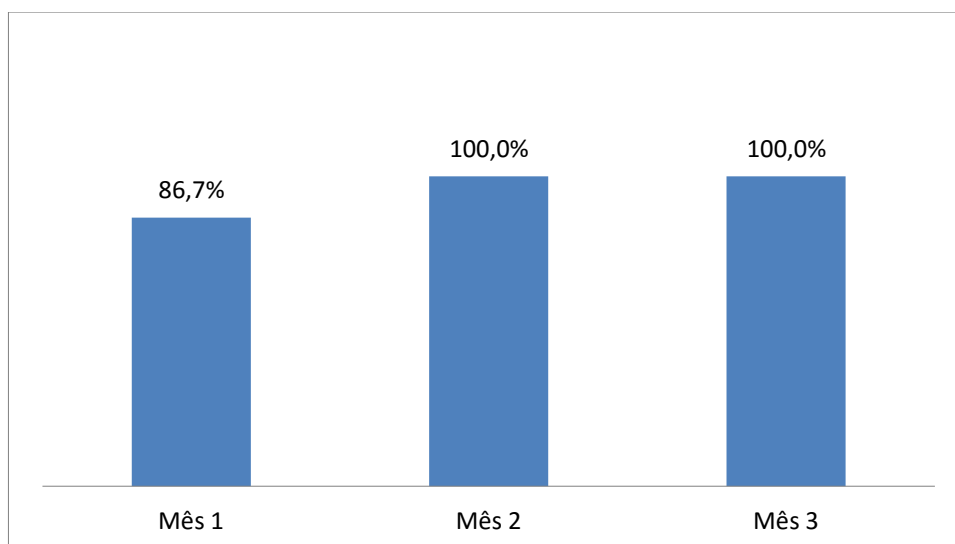


Figura 22: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Quanto a realização das orientações sobre os riscos do tabagismo em pessoas com hipertensão, no primeiro mês 63 (90%) tiveram as orientações, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 163 (100%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam com orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 63 (100%).

Para garantir nossa meta foi capacitada toda nossa equipe sendo realizadas atividades de promoção da saúde em palestras, visitas domiciliares, consulta médicas e de enfermagem.

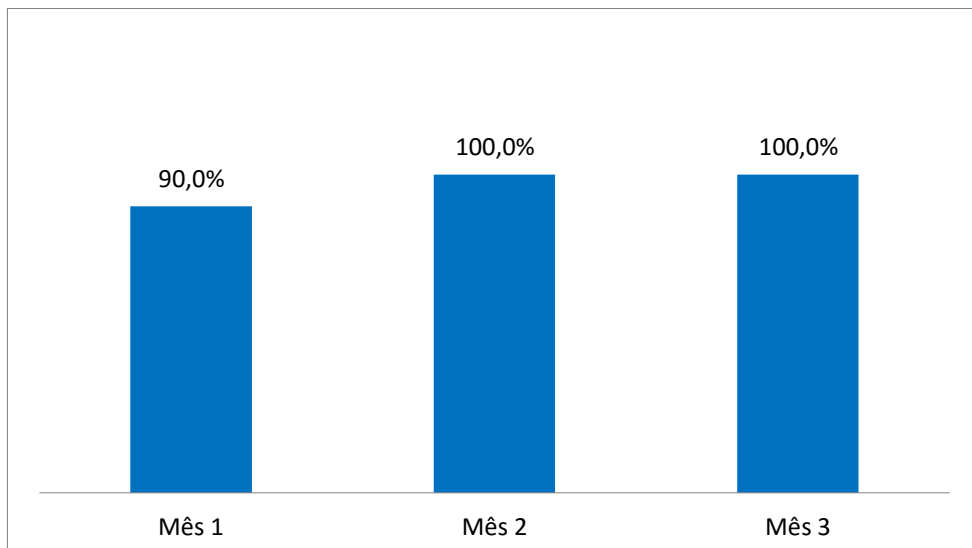


Figura 23: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

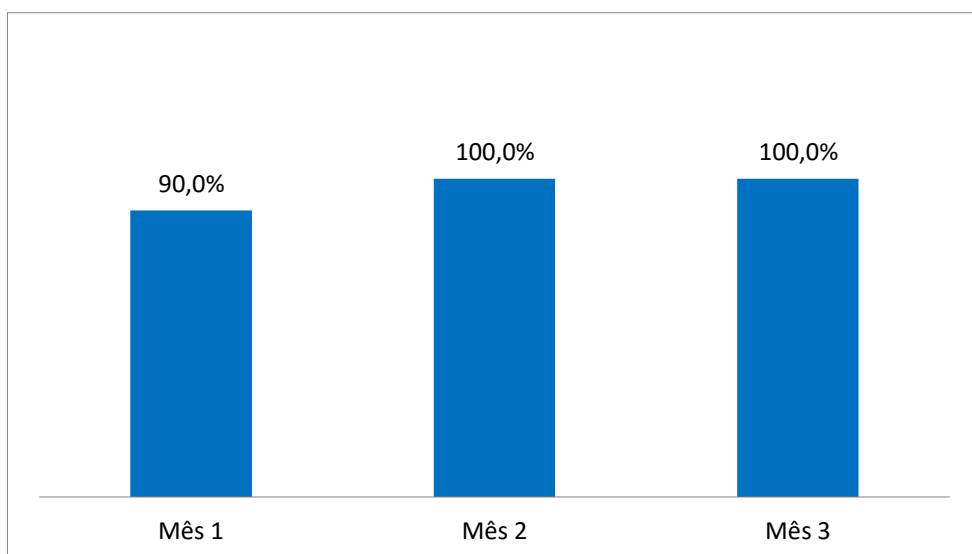


Figura 24: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Número de pessoas com hipertensão e com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Quanto a realização de orientação sobre higiene bucal em pessoas com hipertensão, no primeiro mês 63 (90%) foram orientadas, no segundo mês 88 (100%) e no terceiro mês 163 (100%).

Já os diabéticos no primeiro mês 26 (86,7%) estavam com orientação sobre higiene bucal no segundo mês 37 (100%) e no terceiro mês 63 (100%).

Pra garantir nossa meta foi feita capacitação a toda nossa equipe e se fez atividades de promoção da saúde nas visitas domiciliares, consultas e orientando a importância que este indicador tem a saúde em geral.

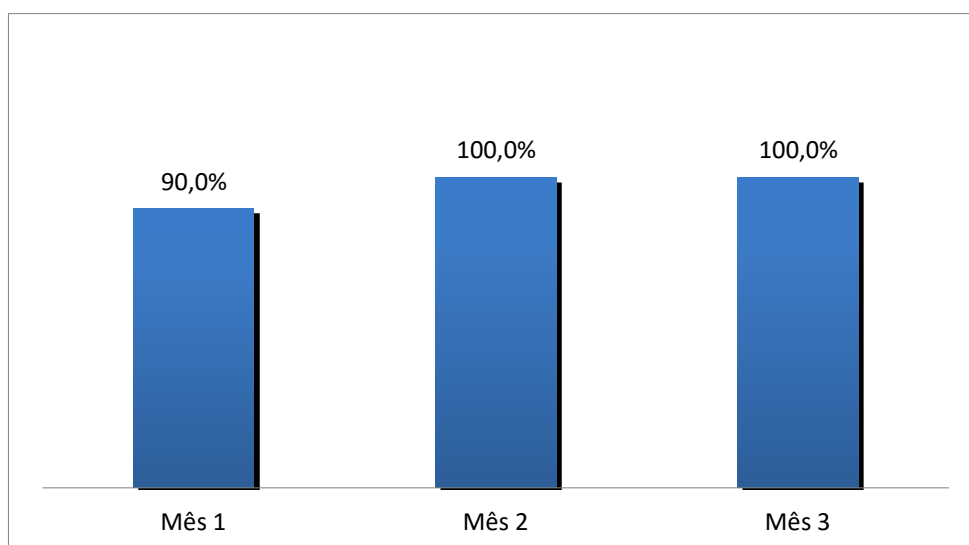


Figura 25: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

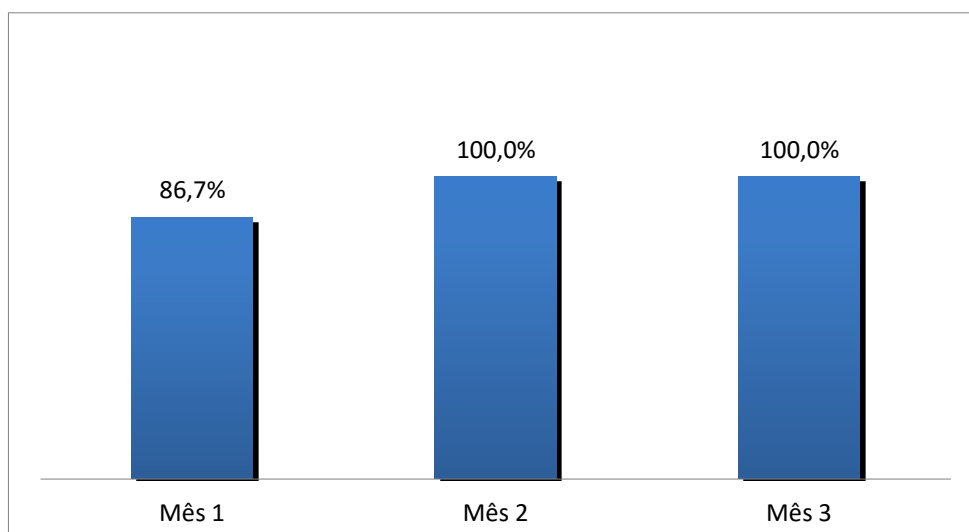


Figura 26: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Eliana Feijó em Coari/AM, 2016.

4.2 Discussão

A intervenção feita em minha Unidade Básica de Saúde (UBS) Eliana Feijó propiciou primeiramente aumentar a qualidade da atenção para os usuários com hipertensão e diabetes melhorando o registro das informações do cadastramento, melhorando a forma da avaliação cardiovascular de acordo com os protocolos o que nos permite sua classificação por grupo, melhora na realização de exame clínico entre outros aspectos.

Atualmente em nossa unidade temos o controle e seguimento desta atenção, mediante as consultas e visitas domiciliares, sendo que agora todos os usuários recebem orientação sistematicamente sobre uma melhor alimentação, benefícios da realização de atividade física, os malefícios do tabagismo, promoção da saúde bucal entre outros a fim de melhorar a qualidade de vida dos usuários evitando futuras complicações.

Também podemos destacar que todos nossos usuários tem conhecimento da existência do Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos e sua importância, pois tivemos um aumento significativo da cobertura dos usuários.

Permitiu que toda a equipe conhecesse a fundo os Cadernos de Atenção Básica, seu manejo para usuários hipertensos e diabéticos, também melhoraram os registros e tiveram um maior controle sobre os mesmos, melhoraram o acolhimento aos usuários e a sistemática de atendimentos tendo um melhor controle das buscas ativas e realização das atividades da unidade.

Mas o maior ganho que tivemos em relação a equipe foi a realização de um trabalho integrado entre todos os membros da equipe que constataram a importância de cada um ter as suas atribuições específicas e ao mesmo tempo trabalhar em conjunto.

Para o serviço teve muita importância, pois permitiu, um atendimento para os hipertensos e diabéticos de qualidade e integral que antes não existia, contando com a participação e apoio de todos tanto da comunidade como da equipe.

Também mudou o pensamento da equipe que se sentiu mais comprometida e valorizou melhor a razão de ser da nossa equipe, que é dar para nossa população serviços de qualidade cada vez melhores.

Para a comunidade mudou seu conhecimento sobre a existência de programas específicos para a atenção aos hipertensos e diabéticos onde existe um controle e seguimento dos usuários pela unidade básica com atenção integral e

sistemática, por meio de consultas médicas, odontológicas, visitas domiciliares, entre outros, garantindo seus remédios a avaliação de especialistas se necessário, sendo coisas que anteriormente a esta intervenção não aconteciam, sendo que nosso objetivo é dar continuidade a nossa intervenção e melhorar os problemas que ainda temos.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, apesar da ampliação da cobertura ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A equipe encontra-se muito entusiasmada para a continuidade da intervenção e também neste momento temos ferramentas para que nosso atendimento melhore cada dia, aumentando o cadastramento com ajuda dos ACS nas visitas domiciliares, com o apoio da secretaria de saúde.

Consideramos que ainda temos muito o que fazer para melhorar ainda mais a intervenção como a ampliar a conscientização da comunidade em relação a necessidade da priorização do atendimento dos usuários que possuem hipertensão e diabetes

E, para os próximos passos, vamos priorizar o contato com a Secretaria de Saúde para mostrar a importância de algumas ferramentas que ainda faltam para que nosso serviço seja ótimo, como esfigmomanômetro para cada ACS, aumentar o número de fitas disponibilizadas para a realização do teste de glicose, melhorar o número de exames laboratoriais disponibilizados pelo município a fim de garantir os exames complementares segundo o protocolo.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor municipal de saúde

Eu sou a médica cubana Santa Mayra Perez Penalver, trabalho na Unidade Básica Eliana Feijó município de Coari, e por meio deste relatório estou informando a vocês os resultados da intervenção, que foi feita em nossa unidade como parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Começamos realizando uma análise situacional de nossa unidade de saúde, onde evidenciamos que existia uma alta incidência de usuários com complicações cardiovasculares e em muitos casos ocasionando sua morte, e por meio deste trabalho de intervenção consideramos que a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) precisava melhorar, nós possuímos uma população de 4885 usuários e uma estimativa de usuários com HAS 743 e com DM 183, sendo que nossos cadastrados estavam muito abaixo do estimado e não recebendo a atenção integral prevista nos protocolos do MS.

Para levar adiante nossa intervenção foram planejadas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Começamos nossa intervenção no mês de novembro de 2015 até fevereiro de 2016, com uma duração de doze semanas. Neste período da intervenção cadastramos 163 (21,9%) pessoas que possuíam hipertensão e 63 (34,4%) que tinham diabetes.

Podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Um indicador que não alcançou 100% foi, os usuários com exames complementares em dia, onde 153 (93,9%) usuários hipertensos e 52 (82,5%) usuários diabéticos conseguiram realizar seus exames complementares, sendo que está é uma questão estrutural por contar com um só um laboratório comunitário e muita a demanda, mas poucos usuários ficaram sem a realização dos exames ao final da intervenção e já neste momento todos estão com seus exames em dia segundo o protocolo. O mesmo aconteceu com a estratificação de risco cardiovascular onde 162 (99,4%) usuários hipertensos e 59 (93,7%) diabéticos estavam com estratificação de risco, isto aconteceu devido a falta de exames complementares, mas hoje já está em dia. Outro indicador que não alcançou a totalidade foram as pessoas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular sendo que 160 (98,2%) usuários hipertensos e 61 (96,8%) usuários diabéticos tiveram prescrição de medicamentos, sendo que não conseguimos a totalidade, pois alguns usuários consultam com especialistas e para seu melhor controle precisam de medicamentos que não existem na farmácia popular.

Sendo assim, gostaríamos de destacar o apoio que tivemos da gestão no auxílio para a realização da intervenção, mas ainda precisamos de alguns materiais como esfigmomanômetro para cada ACS, pois assim conseguiremos ampliar as pesquisas dessas patologias entre a população de nossa área a fim de prestar um atendimento integral para estas pessoas.

Destaco que mesmo após a finalização da intervenção ainda continuamos trabalhando dando continuidade as ações propostas, pois a intervenção já faz parte da nossa rotina no serviço de saúde, em bem estar de nossa comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade do Bairro Urucu

Eu sou a médica cubana Santa Mayra Perez Penalver, trabalho na unidade de saúde Eliana Feijó Coari, Amazonas, atuante do Programa Mais Médicos para Brasil, venho até aqui para relatar a intervenção que foi realizada em nossa UBS, para melhorar a atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos de nossa comunidade. Esta intervenção faz parte de uma das atividades realizadas no curso da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande Do Sul.

Começamos realizando uma análise da situação de nossa UBS e verificamos um baixo número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados em relação a estimativa, sendo que também precisam de um melhor acompanhamento segundo os protocolos do MS. Sendo assim, com o apoio de toda a equipe de saúde (recepcionista, ACS, enfermeira, técnica de enfermagem, dentistas, médicos entre outros) realizamos capacitação para a realização das ações, para o acolhimento, busca ativa dos faltosos a consultas, atualização de cadastramento dos usuários com estas doenças, orientação sobre alimentação saudável, saúde bucal, importância realização de atividades físicas entre outras.

Durante as 12 semanas de intervenção cadastramos 163 pessoas com hipertensão e 63 com diabetes. Destes tiveram exame clínico apropriado, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação do risco cardiovascular por exame clínico; promoção de saúde com orientação nutricional, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal e também realizamos busca ativa a todos os faltosos as consultas.

Durante a intervenção tivemos dificuldade com os exames laboratoriais por muita demanda e só contamos com um laboratório comunitário em nosso município, mas todos os usuários possuem indicação para realização dos exames.

Ainda temos muitos problemas para serem resolvidos, como aumentar o cadastramento para chegar a totalidade dos usuários, mas já podemos observar que houve uma melhora na qualidade da atenção dada a estas pessoas. Dessa forma precisamos também da ajuda da comunidade para divulgar nossa intervenção e que os usuários que são hipertensos e diabéticos compareçam as consultas e sejam atores na melhora de sua qualidade de vida.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) meu objetivo era aumentar meus conhecimentos profissionalmente e ajudar a melhorar a qualidade de vida de nossos usuários com hipertensão e diabetes, dando uma atenção integral, o que nos motivou a integrar em nós o desenvolvimento das atividades para melhorar o atendimento em nossa Unidade de Saúde.

Em sua continuidade do curso nos propiciou uma maior integração com a equipe de trabalho e a comunidade, podendo influenciar em primeiro lugar na educação e orientação, onde trocamos experiências e vivências.

Sendo assim, nos sentimos felizes com esta especialização que nos permitiu fazer parte de esta experiência inesquecível.

6 Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n 37).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Caderno de Atenção Básica, n. 36).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19, 1ª edição. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília-DF, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 17, Saúde Bucal. Brasília-DF, 2013.

Anexo A - Ficha espelho

[illegible]

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3

[illegible]

Anexo C – Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profa Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante